ANNALES

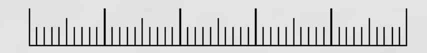
DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

VIIe série. — Tome V. — 1934





ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — NANTA (Toulouse) — J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux) — P. RAVAUT (Paris)
R. SABOURAUD (Paris) - A. SÉZARY (Paris) - SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF

VII[e] SÉRIE — TOME V — 1934

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

LÉSIONS CUTANÉES LYMPHOGRANULOMATEUSES CHEZ UNE FEMME ATTEINTE DU SYNDROME ÉLÉPHANTIASIQUE VULVO-ANO-RECTAL

Par le Prof. S. NICOLAU (de Bucarest).

L'intradermo-réaction de Frei a marqué une étape importante dans l'histoire de la lymphogranulomatose bénigne. La découverte de ce test biologique, dont la spécificité et la valeur diagnostique s'affirment de jour en jour, a non seulement apporté une éclatante confirmation aux travaux de Nicolas-Favre concernant le bubon lymphogranulomateux, mais a permis en même temps d'élargir le cadre primitif de la maladie individualisée par les auteurs lyonnais.

Tour à tour et en l'espace de quelques années seulement, d'autres manifestations, dont la nature était restée jusqu'alors des plus incertaines et des plus discutées, purent lui être rattachées. Tel a été le cas pour le *bubon climatérique* (Hellerstrœm (1), Frei (2), Fischer (3)) et le *syndrome éléphantiasique vulvo-ano-rectal* (Frei et Alice Koppel (4)) ; à ces deux dernières acquisitions on devrait encore ajouter, suivant quelques auteurs (Bartels et Biberstein (5), Ravaut, Sénèque et Cachera (6)), certains cas d'inflammations chroniques péri-utérines et annexielles.

Outre cela, dans ces derniers temps, l'attention a encore été atti-

(1) HELLERSTRŒM. *Comptes rend. Soc. de Biologie,* 1927, p. 47.
(2) FREI. *Klinische Wochenschrift,* 1927, n° 23, p. 1097.
(3) FISCHER. *Klinische Wochenschrift,* 1928, n° 6.
(4) FREI et ALICE KOPPEL. *Klinische Wochenschrift,* 1928, n° 49.
(5) BARTHELS et BIBERSTEIN. *Bruns' Beitrœge zur Klinische Chirurgie,* t. CLII, n° 3.
(6) RAVAUT, SÉNÈQUE et CACHERA. *Bullet. de la Soc. de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Séance du 10 déc. 1931, p. 1450.

rée sur certaines manifestations cutanées, qu'on peut observer dans la maladie de Nicolas-Favre.

Dans le présent travail, nous nous proposons, justement, de nous occuper de ce dernier ordre de manifestations, encore peu connues et au sujet desquelles les idées ne sont pas encore définitivement fixées. Mais avant d'exposer nos recherches personnelles sur la question il nous semble nécessaire de passer une courte revue des faits déjà connus.

Les éruptions cutanées décrites dans la lymphogranulomatose pourraient être ramenées, suivant leur mécanisme de développement et leur localisation, à deux catégories : les éruptions d'ordre apparemment général, développées à distance du foyer lymphogranulomateux primitif et les éruptions locales, siégeant dans le voisinage plus ou moins immédiat de celui-ci.

Relativement au premier groupe de faits, les cas connus jusqu'à présent appartiennent tous à 2 types éruptifs à savoir : soit à l'*érythème exsudatif multiforme* (Gaté et Michel (7), Kitschewatz (8), Nicolas-Favre et Lebeuf (9), Pautrier (10), etc.), soit à l'*érythème noueux* (Hellestrœm (11), Kleeberg (12), Frei (13), Kogoj (14), Nicolas-Favre et Lebeuf (15), etc.).

L'interprétation de telles manifestations, revêtant le type de syndromes cutanés banaux est sans doute délicate, leur relation causale avec la maladie de Nicolas-Favre étant, dans l'état actuel, des plus difficiles à établir. La plupart des auteurs les ayant décrites ont cependant tendance à les considérer comme des manifestations lymphogranulomateuses métastatiques, dues au transport par voie sanguine, soit du virus inconnu de cette infection, soit de ses toxines. On invoque à l'appui de cette manière de voir, d'une part la fréquence relative de ces éruptions dans la maladie de

(7) Gaté et Michel. *4e Congrès des Dermatolog. et des Syphil. de langue française*, Paris, 1929.
(8) Kitschewatz. *Idem.*
(9) Nicolas, Favre et Lebeuf. *Réunion dermatol. de Lyon*, séance du 26 février 1931.
(10) Pautrier. *Réunion dermatol. de Strasbourg*, séance du 8 mars 1931.
(11) Hellerstrœm. *Acta dermato-vener.*, Stockholm, 1929.
(12) Kleelerg. *Dermatologische Wochenschrift*, 1930, no 37.
(13) Frei. *Berliner Dermatol. Gesellsch. Sitz.*, V, 10 XI 1931.
(14) Kogoj. *Zentralblat fur Haut- und Geschlechskr.*, Bd. 43, p. 134.
(15) Nicolas-Favre et Lebeuf. *Loc. cit.*

Nicolas-Favre et, d'autre part, l'analogie qu'elles présentent avec les éruptions similaires qu'on peut observer dans d'autres maladies vénériennes locales, telles que le chancre mou ou la blennorragie.

Cette interprétation est rendue plausible par les acquisitions expérimentales récentes, démontrant la possibilité de la généralisation de l'infection lymphogranulomateuse, chez certains animaux. Ainsi, Hellerstrœm et Wassen ont pu transmettre au singe la maladie, en série, par l'inoculation du sang provenant d'un animal infecté par voie cérébrale. D'autre part, Levaditi, Lépine et Marie ont démontré la virulence du sang et de la rate des souris inoculées par voie cérébrale, malgré le caractère inapparent de l'infection dans cette espèce animale. Enfin inoculation de pus lymphogranulomateux, au cobaye, peut déterminer chez cet animal, outre l'adénopathie satellite, des adénopathies iliaques, mésentériques, ainsi que l'hypertrophie du foie et de la rate.

Rappelons encore à cette occasion que, bien avant l'ère expérimentale de la lymphogranulomatose, Ravaut, en collaboration avec Rabeau et Boulin, se basant sur les modifications de la formule sanguine et sur la tuméfaction de la rate et du foie, observées chez certains malades, avait déjà insisté sur le caractère général de la maladie de Nicolas-Favre.

Dans ces conditions, malgré que la démonstration *directe* de la nature lymphogranulomateuse des éruptions appartenant aux types décrits ne soit pas encore faite, leur relation causale avec la maladie de Nicolas-Favre pourrait être envisagée comme très probable.

A part les éruptions à distance et de type pour ainsi dire banal, dont nous venons de parler, l'attention a encore été attirée sur l'existence d'autres lésions cutanées dans la lymphogranulomatose, ces dernières de type plus spécial, se caractérisant par des manifestations locales, circonscrites et rappelant de plus par leur structure, celle de la maladie de Nicolas-Favre.

Les cas actuellement connus, se rapportant à ce dernier ordre de faits sont en nombre très restreint. Il n'en existe, en tout, à notre connaissance, que quatre.

Un premier cas, appartenant à Nicolas-Favre, Massia et Lebeuf (16) concerne une femme atteinte de rétrécissement élé-

(16) Nicolas-Favre, Massia et Lebeuf. *Réunion dermatologique de Lyon*, Séance du 15 janvier 1931.

phantiasique ano-rectal, présentant, en outre, autour de l'anus de volumineuses marisques à allure papillomateuse. L'examen histologique d'une de ces excroissances montrait des lésions cutanées absolument identiques aux lésions ganglionnaires et péri-ganglionnaires de la maladie de Nicolas-Favre, avec les micro-abcès et la formule cytologique polymorphe caractéristique.

Le second cas est celui communiqué à la Société française de Dermatologie (séance du 10 novembre 1932) par Chevallier et Bernard sous le nom de : « Forme cutanée pure de la maladie de Nicolas-Favre ». Dans ce cas, assez différent du premier, il s'agissait d'une femme, à Frei positif, présentant, sans lésion génitale, plusieurs nodosités dans l'épaisseur de la peau de l'aine (derme et hypoderme), ainsi qu'au mont de Vénus. Ces nodules, mobiles sur les plans profonds et indépendants des ganglions sous-jacents qui étaient à peine augmentés de volume, s'ouvrirent en partie et se fistulisèrent à la façon des fistules poroadéniques. Les coupes des nodules montraient de gros infiltrats lymphoplasmocytaires, quelques cellules rappelant la cellule de Sternberg et de très rares cellules géantes de Langhans. En plus, des foyers de nécrose ouverts à la peau et infiltration discrète de polynucléaires neutrophiles, couche épithélioïde pérlphérique peu marquée.

Enfin, citons encore deux autres cas, analogues au précédent : l'un, communiqué un mois plus tard à la même Société par Pinard et Fiehrer, et l'autre mentionné seulement par Sézary (17) dans une publication d'ensemble sur le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre.

La positivité de la réaction de Frei, et la structure histologique des lésions, observées dans les 3 premiers cas, constituaient des arguments puissants en faveur de la nature lymphogranulomateuse des manifestations rapportées par les auteurs respectifs ; il est cependant à regretter qu'on n'ait pas tenté, pour plus de précision, la confirmation du diagnostic par l'épreuve antigénique des produits pathologiques.

En ce qui concerne la détermination du « type morbide », le cas de Chevallier et Bernard, de même que celui de Pinard et Fiehrer, semblent devoir être considérés, si l'on tient compte du siège

(17) Sézary. *Presse médicale*, n° 100, p. 1894, déc. 1932.

et de l'évolution des lésions, comme appartenant à la catégorie des lymphangites nodulaires suppurées (*bubonocèle lymphogranulomateux*), analogues à celles que nous avons décrites chez l'homme (18). Cette manière d'interpréter les cas de ces auteurs est également celle de Sézary (19).

Ayant eu l'occasion d'observer, à notre tour, — chez une malade atteinte du syndrome éléphantiasique vulvo-ano-rectal, — des lésions cutanées, proprement dites, d'une partie de la vulve et des fesses, il nous a semblé intéressant de rapporter ici son histoire clinique, ainsi que les recherches faites en vue d'établir la nature lymphogranulomateuse de ces éruptions.

I. — Observation clinique

B. V..., 27 ans, entre dans notre clinique le 16 janvier 1933, pour une hypertrophie, gênante par son volume, des organes génitaux externes.

Antécédents éloignés, sans importance. Réglée à 16 ans, menstrues régulières. Non mariée. Premier rapport sexuel à 17 ans. Depuis, elle a vécu en concubinage avec le même homme pendant 2 ans. Pas de grossesse. Nie toute infection vénérienne.

Il y a 8 ans, donc après 2 ans de cohabitation, elle a présenté une petite ulcération à l'entrée du vagin, qui se cicatrisa, suivant ses dires, au bout de deux semaines. Quelques mois après la guérison de cette lésion, la grande lèvre gauche commença à augmenter de volume et à s'indurer, sans douleurs, atteignant, en l'espace d'une année, les dimensions d'un œuf d'oie. Elle entra dans un service de chirurgie, où l'on procéda à l'extirpation de cette grosseur.

Au bout de 6 mois, la malade observa dans la partie moyenne de la grande lèvre opposée une tuméfaction dure, absolument indolore, grosse comme une noisette. Cette tuméfaction s'est étendue, petit à petit, diffusant dans toute l'épaisseur de la grande lèvre, pour atteindre en 6 mois la grandeur d'un œuf de poule. Depuis, la grande lèvre en question n'a pas cessé de s'agrandir, atteignant finalement les dimensions actuelles. A un moment donné, dont la malade ne peut préciser la date, des nodules douloureux firent leur apparition dans l'épaisseur de cette grande lèvre, qui s'abcédaient et s'ouvraient, tour à tour, donnant issue à une certaine quantité de pus.

Il y a environ une année, la peau des fesses commença à se couvrir de placards éruptifs, qui s'ulcéraient par endroits et mettaient très longtemps pour guérir.

(18) Nicolau et Banciu. Lymphite suppurée de la verge, accompagnant le bubon lymphogranulomateux. *Annales de Maladies Vénériennes*, 1932, p. 609.
(19) Sézary. *Loc. cit.*

La malade nous affirme *n'avoir jamais eu d'adénopathie inguinale ou crurales, ni d'empâtement douloureux dans les fosses iliaques.*

Relativement au passé des lésions ano-rectales, que nous avons découvertes à son entrée à l'hôpital, elle ne peut nous donner aucun renseignement, ne s'étant pas rendu compte de leur existence.

État actuel. — Ce qui attire l'attention, dès le premier moment, à l'examen génital, c'est une énorme hypertrophie éléphantiasique de la vulve et surtout de la grande lèvre droite.

La grande lèvre *gauche*, extirpée chirurgicalement il y a 6 ans et dont les lésions ont récidivé en partie, dessine, dans ses deux tiers supérieurs, un bourrelet vertical, dur, mesurant 8 centimètres de longueur et 1 à 2 centimètres de largeur, à surface irrégulière et sillonnée de plusieurs dépressions transversales, qui représentent l'ancien emplacement des points de suture. Ce bourrelet se continue en bas par une néoformation dure, globuleuse, grosse comme un œuf de poule, à surface lisse, de couleur gris jaunâtre, qui s'est développée, selon les dires de la malade, ultérieurement à l'extirpation.

La grande lèvre *droite*, considérablement augmentée de volume et déformée, constitue un bloc éléphantiasique mesurant environ 15 centimètres de longueur, 5 à 6 centimèrtes de hauteur et 3 à 5 centimètres de largeur. La peau qui couvre cette tuméfaction présente un aspect bigarré, des zones pigmentées alternant avec d'autres gris jaunâtre. La grande lèvre est parsemée, tant sur sa face externe qu'interne, *de nombreuses nodosités de dimensions variables, depuis celles d'un grain de maïs à celles d'une noisette, faisant un relief plus ou moins appréciable à la surface de l'organe*, tantôt dures, tantôt molles et fluctuantes comme des abcès, quelques-unes présentant à leur point culminant un orifice fistuleux, par lequel s'écoule à la pression une certaine quantité de sécrétion séro-purulente. La surface de cette grande lèvre présente, en outre, un certain nombre de dépressions infundibuliformes, d'apparence cicatricielle.

En haut, la tuméfaction éléphantiasique des grandes lèvres se rejoint au niveau de la commissure et se prolonge vers le mont de Vénus qui dessine une proéminence anormale. Le clitoris et le capuchon sont également épaissis, proéminents et durs.

Vers le bas, l'infiltration des grandes lèvres se prolonge vers la partie interne des fesses et sur toute la longueur des bords du sillon interfessier. La face interne des fesses est ainsi proéminente, globuleuse, entrecoupée seulement de sillons profonds, enserrant entre eux des bourrelets transversaux ou obliques, larges de 1/2 centimètre à 1 centimètre.

L'orifice vaginal est entouré de formations bourgeonnantes rose pâle, dures au toucher, qui représentent les petites lèvres et les caroncules hypertrophiées. La cavité vaginale n'offre rien d'anormal. Le col utérin, petit, de consistance normale, à orifice transversal, se trouve dans l'axe du vagin ; aucune lésion annexielle.

Le périnée a complètement disparu, l'orifice vaginal se trouvant directement superposé à l'anus. L'orifice de ce dernier, légèrement entr'ouvert, affecte une forme triangulaire et est le siège d'une ulcération à fond gris sale. Le toucher rectal permet de faire les constatations suivantes : à 4 centimètres au-dessus de l'anus se trouve une stricture annulaire, dure, peu extensible, mais dont l'orifice permet le passage du doigt. La paroi rectale, tant en dessous qu'au-dessus de l'anneau, est infiltrée et parsemée de nombreuses franges demi-dures, dont la grandeur varie depuis un grain de maïs à un noyau d'olive. Le toucher rectal est indolore. La retraite du doigt amène une sécrétion purulente abondante, glaireuse, brun grisâtre. La malade ne se plaint d'aucune gêne dans la défécation.

Lésions cutanées fessières. *Fesse droite.* — Sur la fesse droite, il existe un placard éruptif de configuration générale rectangulaire, mais à contour irrégulier, long de 8 centimètres et large de 3 à 4 centimètres, situé à quelques centimètres au-dessus du sillon sous-fessier, dont il suit approximativement la direction. L'extrémité interne du placard prend naissance au niveau du tiers inférieur de la grande lèvre correspondante, avec laquelle il fait corps, tandis que son extrémité externe se perd sur la face inférieure de la fesse (fig. 1).

Au niveau du placard, la peau est rouge brun, épaissie, infiltrée, faisant un relief de 3 à 4 millimètres, à surface irrégulière et couverte par places de minces squames. La constitution du placard n'est pas uniforme dans toute son étendue. Ainsi, dans son tiers interne, on sent au toucher, comme noyé dans la masse d'infiltration cutanée, une espèce de cordon allongé, dont l'extrémité interne se perd dans la grande lèvre. Vers le tiers moyen du placard, on constate un nodule proéminent, à surface arrondie, gros comme une petite noix, fluctuant, non ulcéré. *C'est avec le pus de cet abcès, que nous avons éprouvé les propriétés antigéniques des lésions en question.* Enfin, dans son tiers externe, la surface du placard est parsemée de nodules, gros comme des grains de maïs ; un certain nombre de ces nodules sont surmontés d'une ulcération ponctiforme, fistuleuse, qui donne issue, à la pression, à une goutte de sécrétion séro-purulente.

Au-dessous du placard décrit et sans connexion avec lui, se trouve un second placard, de configuration ovalaire, et dont les dimensions dépassent un peu celles d'une pièce de 5 francs. Son pôle supérieur se trouve à 1 centimètre au-dessous de l'extrémité inférieure de la grande lèvre, tandis que sa marge interne touche le bord du sillon interfessier. La surface de ce second placard est également infiltrée, de couleur rouge-brun, et parsemée d'un certain nombre de petits nodules durs, gros comme des petits pois, ce qui lui donne un aspect irrégulier. Dans la partie centrale du placard, on observe 3 petites cicatrices déprimées.

A part les placards décrits, la peau de cette fesse est encore parse-

mée d'une dizaine de macules brunes, arrondies, de dimensions variables depuis celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 2 francs, à centre plus décoloré, légèrement atrophique et déprimé. La malade nous déclare que ces taches sont consécutives à des lésions pareilles aux placards actuellement en activité, lésions qui se sont ulcérés et ont mis longtemps pour se guérir.

Fesse gauche. — Sur cette fesse, il existe également un gros placard éruptif disposé presque symétriquement à celui du côté opposé. Il



Fig 1.

prend, comme lui, naissance au niveau du tiers inférieur, restant, de la grande lèvre correspondante, pour se diriger en bas et en dehors vers la face postérieure de la fesse. De forme irrégulière, géographique, ce placard mesure une longueur de 9 centimètres et une largeur variable allant de 3 à 6 centimètres. A son niveau, la peau est rouge brunâtre, épaissie, infiltrée, légèrement en relief et présente dans son épaisseur de nombreux nodules, ayant les dimensions d'une lentille ou d'un grain de maïs.

Une partie de ces nodules sont fermes au toucher ; d'autres paraissent plus mous ; d'autres, enfin, sont suppurés et recouverts d'une croûtelle

brunâtre qui masque un orifice minuscule, cratériforme, par lequel il s'écoule à la pression une gouttelette de pus brun jaunâtre. A l'extrémité interne du placard on remarque deux ulcérations superficielles, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, couvertes d'une mince croûte rouge brunâtre. Autour du placard que nous venons de décrire, ainsi qu'à une certaine distance de lui, on observe, tout comme sur la fesse opposée, une dizaine de cicatrices pigmentées, grandes comme des pièces de 50 centimes ou de 2 francs, assez régulièrement arrondies, à centre plus décoloré et légèrement déprimé.

Un certain nombre de cicatrices semblables s'observent encore sur la face postérieure des cuisses, au niveau du jarret, sur les jambes et à la malléole externe gauche. Ces cicatrices, comme celles des fesses, seraient, suivant les dires de la malade, consécutives à des ulcérations ayant évolué parallèlement avec les lésions fessières décrites.

Dans les deux aines, on sent 5 à 6 ganglions, gros comme de petits haricots, durs, indépendants, mobiles, aphlegmasiques et indolores. La peau de la région ne présente aucune trace de cicatrice. *La malade nie d'ailleurs, formellement, tout passé adénopathique inflammatoire.* Rien dans la région crurale. De même dans la fosse iliaque.

L'examen général cutané nous permet encore de constater que la malade est atteinte d'une forme discrète de neuro-fibromatose de Recklinghausen.

État général. — L'examen des organes internes ne révèle rien d'anormal. Rate et foie normaux. Urine normale. L'examen du sang montre un état prononcé d'anémie, avec légère leucocytose, ainsi qu'il résulte de la formule suivante : globules rouges : 3.600.000 ; globules blancs : 12.000 ; hémoglobine (Gowers) : 48 o/o. Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles : 77 o/o ; éosinophiles : 2 o/o ; mononucléaires gros et moyens : 5 o/o ; lymphocytes : 15 o/o ; formes de passage : 1 o/o.

Réactions biologiques. — Les séro-réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke, négatives.

L'intradermo-réaction à l'antigène de Ito-Reenstierna et à la tuberculine, négatives.

L'intradermo-réaction à l'antigène de Frei, fortement positive.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une malade atteinte depuis 8 ans du syndrome éléphantiasique vulvo-ano-rectal, *sans adénopathie inguinale*, à Frei fortement positif, et présentant, en outre, *des lésions éruptives intéressant la grande lèvre droite et les fesses. Aux lésions cutanées en activité s'ajoutaient encore de nombreuses cicatrices disséminées sur les fesses, les cuisses et les jambes.*

II. — Recherches en vue de préciser la nature des éruptions cutanées

Ce qui faisait l'intérêt du cas c'étaient les manifestations cutanées mentionnées, dont il s'agissait de préciser la signification. En effet, si la nature lymphpogranulomateuse des lésions génito-rectales, dont notre malade était atteinte, ne pouvait faire aucun doute, il n'en était pas de même pour les éruptions cutanées les accompagnant. La question qui se posait était de savoir si ces dernières appartenaient également au processus lymphogranulomateux, ou bien n'étaient-elles que des lésions de concomitance ou surajoutées.

L'existence de manifestations cutanées de telle étendue, étant, autant que nous sachions, inconnues dans la maladie de Nicolas-Favre, il était nécessaire de soumettre les faits à une analyse rigoureuse, avant de se prononcer dans un sens, ou dans l'autre.

L'agent pathogène de la maladie de Nicolas-Favre étant encore inconnu, la démonstration de la nature lymphogranulomateuse d'une lésion donnée ne peut être faite, pour le moment, que d'une façon indirecte, à savoir, soit par l'*inoculation au singe* (Hellerstrœm et Wassen, Levaditi, Ravaut et Schœn), soit par *vérification des propriétés antigéniques des lésions en litige.*

A ces deux épreuves d'importance presque égale, étant donné la haute spécificité de la réaction de Frei, on peut encore en ajouter une troisième, moins décisive sans doute, mais également importante, qui consiste dans l'étude anatomo-pathologique des lésions en discussion, afin de voir si elles offrent ou non des analogies avec celles connues dans la lymphogranulomatose typique.

Des raisons d'ordre matériel nous ayant empêché de pratiquer l'inoculation au singe, nous avons dû nous contenter pour l'identification des lésions qui nous occupent, de recourir seulement à l'épreuve antigénique et à l'examen anatomo-pathologique.

Afin de procéder méthodiquement, nous avons cru préférable d'analyser ici séparément les lésions fessières des lésions vulvaires.

A. — *Eruptions fessières.*

1. *Epreuve antigénique.* — Voici, en quelques mots, la façon dont cette épreuve a été conduite. Avec une seringue neuve et stérile nous avons extrait par aspiration le contenu du nodule fluctuant, non ulcéré, qui se trouvait, ainsi qu'il a été dit plus haut, dans le tiers moyen du gros placard fessier droit. Nous obtînmes ainsi environ 3/4 de centimètre cube de pus gris jaunâtre, stérile sur les milieux usuels de culture, que nous utilisâmes pour la préparation d'un antigène suivant la méthode de Frei. Le produit ainsi obtenu, après tyndalisation et nouveau contrôle de stérilité, a été injecté, avec toutes les précautions d'usage, à raison de 0,2 centimètre cube, à une série de 4 malades atteints de bubons lymphogranulomateux et ayant déjà réagi positivement à d'autres antigènes Frei, éprouvés. A titre de contrôle, notre antigène a été injecté dans les mêmes conditions, à un nombre égal de personnes indemnes de cette affection.

Au bout de 48 heures, les sujets appartenant à la première catégorie présentèrent tous des réactions nettement positives et absolument comparables à celles déterminées par l'antigène de contrôle. Chez un des malades, la réaction, particulièrement vive aux deux antigènes, revêtait le type papulo-vésiculeux et persistant une dizaine de jours.

L'épreuve resta, par contre, complètement négative chez les sujets sains.

L'expérience que nous venons de rapporter démontrait donc que *le pus retiré d'une des lésions fessières de notre malade était doué de propriétés antigéniques spécifiques, lymphogranulomateuses.* Ceci constituait un argument puissant en faveur de la nature lymphogranulomateuse des lésions en question. Dans le même sens plaidait, ainsi qu'on va le voir dans un instant, l'examen anatomo-pathologique.

2. *Examen anatomo-pathologique.* — Cet examen a porté sur une large biopsie pratiquée sur le grand placard de la fesse droite. Les pièces, fixées à l'alcool absolu, au Bouin et au formol, ont été coupées en partie au microtome à congélation, en partie à la paraffine. Colorations diverses.

Les lésions constatées dans les différents fragments examinés ne présentant pas entre elles de différences notables, nous avons cru devoir nous contenter, pour la simplification des choses, d'en donner ici une description d'ensemble :

L'épiderme présente un aspect normal, sauf un léger épaississement de la couche cornée.

La couche papillaire, légèrement œdématiée et aux fibrilles écartées, montre une dilatation vasculaire et une certaine multiplication des cellules fixes. Par endroits, légère infiltration péri-vasculaire.

Les lésions importantes se trouvent dans le *derme*. Cet étage cutané, considérablement épaissi est le siège d'un processus infiltratif, s'étendant en profondeur jusqu'au tissu adipeux qu'il déprime par places, sans l'envahir cependant. Latéralement, la lésion est assez bien délimitée par un tissu conjonctif constitué de gros fascicules à fibrilles condensées, disposés parallèlement.

L'infiltrat dont la lésion dermique est constituée affecte des dispositions et des aspects variés, suivant les points considérés. Vers la périphérie on observe surtout des foyers isolés d'infiltration périvasculaire, bien délimités, constitués par un mélange de lymphocytes et de plasmocytes, avec prédominance de ces derniers. A mesure qu'on avance vers le centre de la lésion, l'infiltration prend un caractère plus diffus, constituant des nappes étendues, montrant le même mélange cellulaire que les foyers péri-vasculaires déjà mentionnés.

Ce qui attire en première ligne l'attention, à l'examen des lésions, c'est l'existence, dans la masse infiltrative décrite, d'une ou de plusieurs formations nodulaires, arrondies ou ovalaires, de dimensions variables, parfois assez grosses pour remplir toute l'épaisseur du derme. La plupart de ces nodules présentent un centre dégénéré et transformé en une sorte de cavité ovalaire ou en forme de fente, à bords plus ou moins déchiquetés, pourvue parfois de prolongements latéraux. La masse proprement dite des nodules entourant cette cavité centrale, apparaît constituée de deux zones distinctes, superposées plus ou moins concentriquement et tranchant nettement l'une sur l'autre par la manière dont elles fixent les colorants, la zone interne étant plus pâle (fig. 2).

L'examen des coupes à un plus fort grossissement montre des

détails intéressants relativement à la structure de ces nodules. On distingue tout d'abord, dans la lumière de la cavité centrale, quelques masses flottantes de détritus cellulaires, contenant un certain nombre de polynucléaires. La zone interne, qui borde la cavité, présente, elle aussi, des signes de dégénérescence d'autant plus prononcée qu'on se rapproche de la cavité. La structure de cette zone est constituée par un fin réticulum à larges mailles, comme



Fig. 2. — Coupe microscopique (petit grossissement) d'un nodule à centre ramolli et transformé en cavité. Placard fessier droit.

distendues par une sorte d'œdème interstitiel, riche en vaisseaux capillaires de nouvelle formation, dilatés, le tout se colorant d'une façon pâle tant par l'éosine que par le van Gieson. Dans ce réticulum se trouvent emprisonnés des éléments cellulaires, très divers par leur nature et par leur aspect, un grand nombre d'entre eux présentant des signes d'altération plus ou moins prononcée. Parmi

les éléments ayant encore conservé leur morphologie normale, on distingue : des cellules conjonctives, des lympochytes, des plasmazellen plus nombreux, disposés sous forme de petits groupes, des macrophages remplis de débris cellulaires, des polynucléaires neutrophiles en nombre modéré et, en plus çà et là, quelques cellules contenant plusieurs noyaux (ébauche de cellules géantes). Signalons encore un certain nombre de grosses cellules, d'aspect parfois mûriforme, dont le protoplasma contient un nombre plus ou moins important de corpuscules parfaitement arrondis, de dimensions variables, les plus gros atteignant la grandeur d'une hématie, se colorant en bleu foncé par la méthode de Weigert et en rouge par l'éosine (*corpuscules de Russel*).

Parmi les éléments mentionnés se trouvent, éparses sans ordre, des formes cellulaires altérées, trahissant un degré de dégénérescence plus avancé, à savoir : des fragments de noyaux libres ; des cellules à noyau rond, rapetissé, fortement coloré et d'apparence pycnotique ; des cellules à protoplasma abondant, souvent ballonné sur un côté et fixant fortement et d'une façon uniforme l'éosine ; enfin de grosses cellules à protoplasma vacuolaire (cellules spumeuses de Unna). Ainsi que nous l'avons déjà dit, les formes cellulaires dégénérées prédominent surtout dans le voisinage de la cavité centrale. On ne voit pas de cellules épithélioïdes en bordure de cette cavité.

Enfin la périphérie des nodules était constituée par une infiltration cellulaire serrée, également riche en capillaires de néoformation à lumière dilatée et remplie de sang. Cytologiquement, l'infiltration était composée ici presque exclusivement de cellules plasmatiques, vivement colorées, contenant parfois deux noyaux. On y voyait encore quelques cellules contenant des corpuscules de Russel, mais leur nombre était plus restreint que dans la zone interne.

En résumé : infiltration lymphoplasmocytaire plus ou moins diffuse du derme, parsemée de nodules à centre dégénéré (sans véritable caséification) et transformé en une cavité entourée de 2 zones superposées d'aspect différent : l'une interne à cytologie des plus complexes, en partie dégénérée et fixant plus faiblement les colorants et l'autre externe, constituée presque exclusivement de plasmocytes, affectant l'aspect d'un véritable plasmome.

Ces lésions rappelaient d'assez près le tableau anatomo-pathologique de la maladie de Nicolas-Favre, tableau qui sans avoir, comme l'on sait, rien d'absolument pathognomonique, n'en constitue pas moins, envisagé dans son ensemble, un tout assez spécial et suffisamment caractéristique de cette affection.

Basé, sur les données anatomo-pathologiques constatées, et surtout sur *l'épreuve antigénique*, dont il a été question plus haut, nous nous croyons autorisé à affirmer la nature lymphogranulomateuse des éruptions fessières étudiées.

Il nous semble plus délicat de nous prononcer sur la nature des cicatrices décrites autour des placards fessiers, ainsi que sur les cuisses et sur les jambes. Leur évolution, parallèle pour ainsi dire à celle des éruptions fessières, plaide, sans doute, pour leur origine commune, mais dans l'impossibilité d'apporter aucun argument décisif en faveur de cette interprétation, nous nous contentons de la signaler seulement.

B. — *Éruptions vulvaires.*

Ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à la lecture de l'observation, notre malade, outre les éruptions fessières que nous venons d'étudier, était encore atteinte du syndrome lymphogranulomateux vulvo-ano-rectal.

Les lésions ano-rectales n'offrant aucune particularité qui les distingue du tableau habituellement connu, et, d'autre part, ne se rattachant pas directement au thème spécial de ce travail, seront laissées volontairement de côté. Dans ce qui suit nous nous proposons de nous limiter exclusivement à l'étude des lésions vulvaires (grande lèvre droite), qui se signalaient à l'attention, outre l'état éléphantiasique, par des manifestations inflammatoires actives. Il nous a semblé intéressant d'étudier de plus près ces lésions complexes et de discuter à ce propos certains problèmes touchant la pathogénie de l'éléphantiasis vulvaire.

La grande lèvre en question ayant été, sur la demande de la malade, extirpée en totalité, nous avons profité de l'occasion pour en faire l'examen anatomo-pathologique détaillé. De consistance ferme, l'organe n'oppose cependant pas une grande résistance au couteau. La surface de section, humide, luisante et d'un blanc-

grisâtre plus ou moins uniforme en profondeur, montrait dans sa moitié supérieure un aspect bigarré dû à l'existence de formations d'aspect variable qui tachetaient la surface de section : c'étaient des zones arrondies ou ovalaires, ayant les dimensions d'une lentille ou d'un grain de maïs, tranchant nettement sur le tissu environnant par leur teinte gris rougeâtre et par leur apparence plus lardacée ; des formations également arrondies mais dont la partie centrale, plus molle, se laissait racler ; enfin des formations à centre déjà puriforme et transformé en une petite cavité.

Examen histo-pathologique.

Voici, en quelques mots, ce que montrait l'examen anatomo-pathologique au niveau de ces différentes lésions :

a) *Nodules non ramollis.* — L'épiderme de surface, aminci, présente une hypertrophie verticale des cônes interpapillaires qui plongent vers le derme en colonnes étroites et parallèles. La couche papillaire très épaissie et œdématiée, présente de nombreux capillaires dilatés avec infiltration péri-vasculaire. Le derme également épaissi est le siège d'une infiltration à caractère plus ou moins diffus composée de lymphocytes et de nombreuses cellules plasmatiques, le tout délimité à la périphérie par des faisceaux conjonctifs épaissis et séparés les uns des autres par des interstices plus ou moins larges, en rapport avec la distension œdémateuse du tissu.

b) *Nodules à centre ramolli.* — Même aspect de l'épiderme et de la couchepa pillaire que dans la pièce précédente. En profondeur on constate une infiltration plasmo-lymphocytaire, à caractère plus ou moins diffus, dans laquelle on distingue des formations nodulaires à centre dégénéré et présentant une structure parfaitement superposable à celle des formations similaires que nous avons décrites plus haut, dans les lésions fessières (fig. 3). Nous nous contenterons donc ici, de les énoncer seulement : au milieu des nodules, cavité centrale irrégulière ; autour de cette cavité, une première zone, plus faiblement colorée, riche en vaisseaux de nouvelle formation et présentant une infiltration cellulaire peu dense, composée de types cellulaires différents : des cellules plasmatiques en première ligne ; des lymphocytes en plus petit nombre ; quelques polynucléaires et macrophages et des cellules en pycnose ; pas de cellules épithélioïdes ou géantes. Enfin, plus en dehors, une seconde zone, fixant bien les colorants, à infiltration serrée, com-

posée presque exclusivement de plasmocytes. Comme dans les lésions fessières, on voyait également ici un certain nombre de cellules chargées de corpuscules de Russel.

c) *Fragment correspondant à la partie fibreuse, profonde de l'organe.* — Les coupes montrent ici, comme dans le reste de l'organe d'ailleurs, une hypertrophie du tissu conjonctif, qui se mani-



Fig. 3 — Coupe microscopique (petit grossissement) d'un nodule, à centre ramolli, de la grande lèvre droite.

feste, en première ligne, par un épaississement des faisceaux conjonctifs devenus plus gros, plus compacts, orientés de façons diverses et séparées les uns des autres par des interstices clairs, dus à l'état œdémateux. Les fibroblastes sont augmentés comme nombre et comme volume. A part l'hypertrophie massive des faisceaux conjonctifs, on constate encore, sur toutes les coupes, des plages plus ou moins étendues de tissu conjonctif jeune, de néo-

formation, constitué de fines fibrilles plus ou moins ondulées et entrecroisées, colorées en rose par le Gieson et écartées par un état d'œdème interstitiel.

Si l'on parcourt les coupes, on est en même temps frappé par l'existence de nombreux foyers d'infiltration cellulaire, à disposition péri-vasculaire, constituant de petits nodules, soit arrondis, soit irréguliers, composés presque exclusivement de cellules plasmatiques. Un fait à remarquer est que les foyers d'infiltration cellulaire s'observent de préférence dans les territoires correspondant au tissu conjonctif jeune.

L'examen anatomo-pathologique de la grande lèvre montrait donc, *une intrication de lésions éléphantiasiques et de lésions inflammatoires actives*, ces dernières superposables histologiquement aux lésions constatées dans le placard cutané fessier et présentant, comme elles, la plus grande analogie avec celles qu'on rencontre généralement dans les ganglions de la maladie de Nicolas-Favre. Ajoutons que la nature lymphogranulomateuse de ces lésions vulvaires était encore attestée par *l'épreuve antigénique du pus* (récolté avant l'extirpation) *d'un des abcès non ouverts de la grande lèvre*. L'antigène préparé avec ce produit, suivant la méthode de Frei, injecté chez 3 malades atteints de la maladie de Nicolas-Favre, déjà éprouvés par d'autres antigènes Frei, a donné chez tous des réactions nettement positives. Les piqûres de contrôle, faites chez 3 personnes saines, n'ont pas provoqué la moindre réaction.

L'étude des lésions vulvaires que nous venons d'exposer, toute question de nature à part, soulève encore un certain nombre de questions concernant la pathogénie de l'éléphantiasis vulvaire et ano-rectal. Si l'origine lymphogranulomateuse de la plupart des cas rentrant dans le cadre du syndrome vulvo-ano-rectal est aujourd'hui admise par la majorité des auteurs, le mécanisme du développement de ces états présente encore des obscurités.

Suivant Jersild, (20) dont l'opinion semble partagée également par Frei, l'éléphantiasis vulvaire ne serait pas une manifestation lymphogranulomateuse proprement dite, c'est-à-dire développée sous l'action *in situ*, ou directe, du virus, mais simplement une lésion de

(20) Jersild. *Annales de Dermatologie et de Syphil.*, 1930 et *Dermat. Wochenschrift*, nº 13, 1933.

stase, ou de gène dans la circulation lymphatique locale, conditionnée par l'inflammation ou la destruction des ganglions inguinaux, au même titre que la destruction des ganglions de Gerota serait la cause de l'éléphantiasis ano-rectal.

Cette séduisante conception pathogénique qui contient, sans doute, une part de vérité, pèche malheureusement par son caractère schématique et trop exclusif.

Si le rôle favorisant de la stase lymphatique dans le développement des états éléphantiasiques, en général, est un fait dont l'évidence n'est plus à démontrer, les difficultés commencent quand il s'agit de comprendre le mécanisme intime qui préside à la réalisation de cette stase.

La destruction des ganglions satellites, invoquée par Jersild, qui représente sans conteste le facteur par excellence, créateur de stases ne semble cependant pas constituer *toujours* une condition obligatoire et *sine quâ non*, dans la production de cet état. Il suffit de rappeler, à ce propos, les cas qui sont loin d'être rares, d'éléphantiasis vulvaire développé indépendamment de tout passé adénopathique inguinal. Tel était le cas chez notre malade actuelle et chez 3 autres malades observées antérieurement, ainsi que dans les observations publiées par Frei, Gay et Villafuertes, Hermann, Kleeberg, Nicolas et Favre, etc., etc.

On peut, sans doute, invoquer, pour cette catégorie de faits, l'existence quand même d'un processus adénopathique, mais ayant évolué d'une façon sub-aiguë, silencieuse et conduit à la sclérose sans passer par la suppuration ; on pourrait également invoquer à ce propos la possibilité d'une adénopathie à siège profond exclusif (iliaque ou pelvienne), encore mieux faite pour échapper à l'attention des malades ; ou bien encore une stase réalisée par un mécanisme détourné, rétrograde. Toutes ces suppositions sont évidemment plausibles, mais on manque encore de documents suffisamment précis pour qu'on ait le droit de se prononcer.

Il nous semble plus logique d'admettre que la stase, conséquence possible de tout obstacle empêchant la libre circulation du courant lymphatique, pourrait être réalisée non seulement par la sclérose ou la destruction des ganglions satellites, mais tout aussi bien par l'obstruction du réseau lymphatique régional ou des principaux

troncs collecteurs, réalisés elle-même par un processus inflammatoire chronique, local, lymphogranulomateux en l'espèce.

Cette manière de voir ne pourrait trouver sa confirmation définitive que dans l'examen microscopique systématique des cas d'éléphantiasis vulvaire, ou ano-rectal (le mécanisme pathogénique de ces deux états, qui se font pendant, devant être pareil), afin de nous fixer sur la réalité de tels processus inflammatoires locaux et, le cas échéant, de nous permettre d'en établir la fréquence. Pour le moment, contentons-nous de constater que *dans le cas qui fait l'objet de cette étude, des lésions inflammatoires actives* (dont nous croyons avoir pu établir la nature lymphogranulomateuse) *se trouvaient associées, dans une large mesure, au processus d'hyperplasie éléphantiasique de la grande lèvre.*

A côté de notre cas, nous pourrions encore citer, à titre de fait d'analogie, un autre appartenant à Nicolas, Favre, Massia et Lebeuf, (21) concernant une malade atteinte de rétrécissement ano-rectal, chez laquelle l'examen anatomo-pathologique d'une végétation périanale, outre l'hypertrophie du tissu fibreux, montrait des lésions identiques à celles des ganglions de la maladie de Nicolas-Favre. Un cas pareil à celui de ces auteurs a encore été publié par Barthels et Biberstein (22).

La constatation de tels faits semble plaider en faveur de l'hypothèse que nous émettions plus haut, relativement au rôle éventuel que l'inflammation lymphogranulomateuse locale pourrait parfois jouer dans le développement de la stase et de l'état éléphantiasique s'ensuivant. Le nombre de documents que nous possédons, à ce sujet, est malheureusement encore trop restreint, pour permettre une conclusion ferme à ce sujet. Aussi, pour le moment, nous nous contentons seulement de poser le problème.

Les conclusions qui se dégagent du présent travail sont les suivantes :

1) La maladie de Nicolas-Favre, affection lymphaticotrope par excellence, chez l'homme, peut parfois déterminer aussi, outre les manifestations habituelles, des lésions cutanées ;

2) La possibilité de développement de l'éléphantiasis vulvaire,

(21) Nicolas, Favre, Massia et Lebeuf. *Loco cit.*
(22) Barthels et Biberstein. *Bruns Beitr.*, vol. 152, 1931.

indépendamment de toute suppuration inguinale, montre que la destruction des ganglions satellites ne constitue pas la condition unique pour la détermination de cet état ;

3) La constatation de lésions à structure lymphogranulomateuse dans l'éléphantiasis vulvaire (cas personnel), aussi bien qu'ano-rectal (cas de Nicolas-Favre, Massia et Lebeuf et cas de Barthels et Biberstein) montre que ces états ne sont pas toujours des lésions de stase pure, ainsi que le veut Jersild. La constatation de telles lésions justifie, en plus, selon nous, l'hypothèse que ces lésions locales inflammatoires, ne seraient pas étrangères, dans certains cas, à la génèse de la stase et de l'état éléphantiasique consécutif de ces organes.

SUR LA KERATITE ET AUTRES AFFECTIONS OCULAIRES DE LA COUPEROSE

Par A. KISSMEYER.
(Service dermatologique de l'Hôpital Communal de Copenhague).

Les complications de la couperose du côté de l'œil n'ont nullement provoqué l'attention qu'on a vouée à l'affection cutanée elle-même. La cause est évidente : ces complications sont relativement rares et l'affection dans sa totalité intéresse beaucoup plus les dermatologistes que les ophthalmologistes. Néanmoins une série d'observations datant surtout des dernières dix années ont montré d'une part que les complications oculaires de la couperose sont sans aucun doute plus fréquentes qu'on ne le pense, si l'on est assez attentif à leur recherche, et, d'autre part, que ces complications sont, dans beaucoup de cas, d'une gravité non négligeable.

Les kératites de la couperose, complication la plus importante, ont été décrites au milieu du siècle dernier par Arlt d'Heidelberg (1864), mais ce n'est qu'au commencement de ce siècle qu'on trouve des observations plus fréquentes de l'atteinte des yeux. Haab le premier en 1899, puis Capauner en 1903, Fuchs et Kuntz en 1905, Schirmer et Blancks en 1906 et Vossius en 1908 ont tous par leurs communications contribué à la connaissance des complications oculaires de la couperose ; il faut avant tous nommer Capauner qui décrivit l'aspect clinique de la kératite dans ses détails et attira l'attention sur l'importance de la vascularisation et sur l'ulcération. Mais l'affection n'a pas beaucoup intéressé les dermatologistes et dans les traités de dermatologie les localisations oculaires de l'acné rosacée ne sont que très pauvrement traitées jusqu'en ces dernières années. C'est le mérite de l'Ecole des ophthalmologistes de

Rostock d'avoir étudié la question à fond et d'avoir donné une description clinique approfondie : Erdman le premier en 1910, puis Peters et ses collaborateurs Tillmann et Triebenstein dont les travaux datent de la période qui va de 1922 à 1931. Erdmann insiste sur l'importance de ces complications oculaires dont les conséquences peuvent être des plus graves.

Les dermatologistes observant en général les premiers les por-



Fig. 1. Fig. 2.

teurs d'acné rosacée, c'est à eux qu'il appartient de découvrir les complications oculaires dès leur début et de les envoyer à leurs collègues ophthalmologistes. Seuls les cas les plus graves d'affections oculaires couperosiques s'adresseront directement aux ophthalmologistes; il est donc à désirer que les traités de dermatologie vouent dans l'avenir un intérêt plus vif à cette importante question.

Nous avons eu l'occasion, dans le Service dermatologique de l'Hôpital Communal de Copenhague, d'observer un tel cas, assez

grave, ayant cet intérêt spécial, que toutes les formes cliniques connues de la kératite étaient présentes chez la même malade.

Mme H..., âgée de 33 ans, se présente à notre Policlinique le 26 octobre 1932, porteuse d'une acné rosacée très prononcée de la face, datant déjà de cinq ans. Elle souffrait quelques mois auparavant d'une kératite de l'œil gauche mais qui guérit spontanément ne laissant qu'une légère irrégularité du bord de la cornée (1). Au mois de septembre apparut une affection de l'œil droit et elle s'adressa à la Policlinique du Service ophthalmologique (docteur E. Holm), d'où elle fut dirigée sur mon service à cause de la couperose de la face.

La peau du visage était presque dans sa totalité, sauf une partie de la

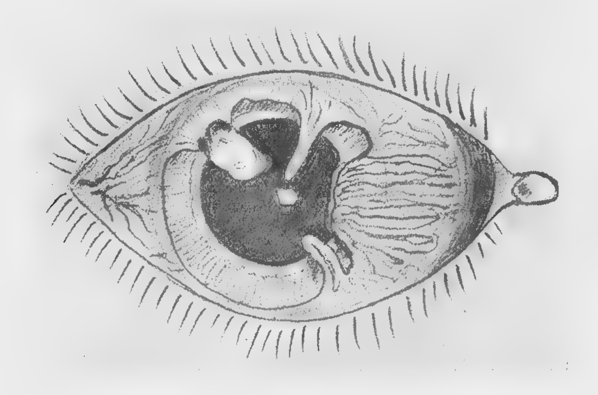


Fig. 3.

lèvre supérieure et les paupières (2), occupée par une acné rosacée très prononcée avec de la rougeur, des plaques congestives et des éléments indurés et pustuleux (fig. 1). L'examen de l'œil droit, fait par mon assistant le docteur H. Ehlers, ophthalmologiste distingué, révéla une hypérémie conjonctivale et ciliaire, plus prononcée dans la partie nasale où des veines sinueuses ou presque rectilignes se distinguaient très nettement (fig. 2).

Dans la partie supérieure on voyait, du côté temporal, à « 10 h. », une partie excavée par une ulcération superficielle dont le fond est forme d'une infiltration moyenne, tandis que les bords ne sont guère infiltrés. Pas de vascularisation en ce point. Au milieu du bord supérieur de la

(1) En juillet 1933 une kératite typique se développait de nouveau à l'œil gauche.

(2) Quelques mois plus tard se montraient quelques nodules sur le bord des paupières.

cornée on note une infiltration fasciculaire, discrètement vascularisée ; une infiltration semblable se retrouve dans le bord inférieur (à « 5 h. »).

Presque au milieu de la cornée petite infiltration sous un épithélium intact, presque toute blanche. La partie nasale de la cornée est le siège d'un pannus vascularisé, proéminant dans la cornée et nettement surélevé. Ici la vascularisation est très marquée, les vaisseaux plus ou moins sinueux ayant le caractère de veines. Les bords de ce pannus sont infiltrés, et de couleur grise mais sans lésion épithéliale. Des infiltrations scléritiques se voient en relation avec cette infiltration cornéenne. L'iris semble intact, bien dilaté. Le docteur Ehlers a reproduit ces altérations diverses sous une forme schématique sur la figure 3.

La malade fut soumise à un traitement local de la cornée par une

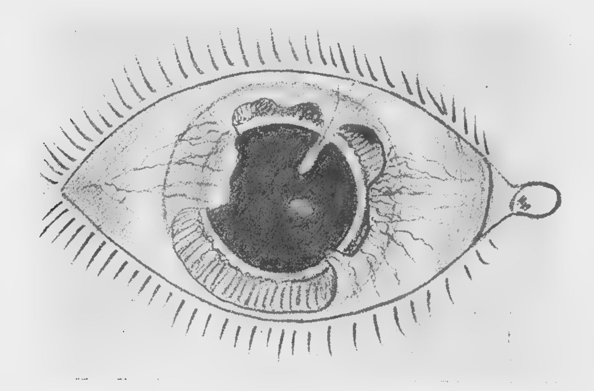


Fig. 4.

pommade et l'affection du visage fut irradiée par les rayons ultra-violets. Quelques infiltrations cornéennes furent enlevées par excochléation.

Le trouble cornéen diminua lentement en même temps que l'état de la peau s'améliorait sensiblement. L'infiltration vascularisée (pannus) diminua ainsi que les infiltrations fasciculaires et l'ulcère s'épithélialisa ; en même temps la vue s'améliorait et la photophobie était beaucoup moins prononcée. L'état de l'œil au 24 avril 1933 se voit sur dessein schématique (fig. 4).

Ce cas est d'un intérêt particulier parce que les trois formes cliniques décrites par l'Ecole de Rostock s'y trouvent toutes rassemblées chez la même malade. Ces formes, ou peut-être stades, du même processus, ayant un intérêt absolu pour quiconque veut faire le diagnostic des complications oculaires de la couperose, méritent une description un peu détaillée.

Les altérations *conjonctivales* atteignent et la conjonctive du tarse et celle du globe. La conjonctive des paupières est le siège de vaisseaux veineux dilatés plutôt d'une injection diffuse, on note en même temps une blépharite squameuse sèche, sans sécrétion. Sur le globe les altérations sont localisées à la région de la fente palpébrale sous forme de petites nodosités de couleur rouge-grisâtre allant jusqu'à la grandeur d'une tête d'épingle, souvent en forme d'un anneau autour du biseau, et prédisposées à l'ulcération. Une vascularisation à gros vaisseaux sinueux se voit aussi dans cette région. Des nodosités *épisclérītiques* semblent être des plus rares et un seul cas d'iritis a été publié par Olah en 1933.

Ce sont les altérations *cornéennes* qui nous intéressent le plus et à cause de leur fréquence relative et parce qu'elles sont les complications les plus graves. Ces formes se divisent d'après Triebenstein en trois types, le premier étant l'*affection marginale*, la vascularisation du biseau, très caractéristique et peut-être pathognomonique de l'acné rosacée. Elle est formée par des vaisseaux fins visant le centre de la cornée et formant un pannus charnu, surélevé et nettement limité. Puis, dans le parenchyme même, des *infiltrations profondes sous-épithéliales*, proéminentes, de couleur grisâtre, ayant souvent le caractère d'une incrustation calcaire; elles se trouvent partout dans la cornée, principalement dans la fente palpébrale.

La lésion de l'épithélium en forme d'une érosion est suivie d'un *ulcère*, complication grave parce que ces ulcères ont tendance à s'accroître et à former des lésions ayant le caractère d'un *ulcère rongeant*, dont les bords sont infiltrés tandis que le fond est formé d'infiltrations blanches, « calcaires » ; elles ont été décrites surtout par Triebenstein qui a attiré l'attention sur la vascularisation marquée de cette lésion ; les mêmes symptômes cardinaux se retrouvent dans toutes les lésions oculaires et dans celles de la peau : infiltrations et dilatation des vaisseaux.

L'étiologie de l'acné rosée est compliquée; disposition (séborrhée, etc.), causes internes (troubles climatériques ou intestinaux, alcool, etc.), causes externes (faits climatologiques, froid, lumière, etc.); puis l'infection qui attaque la peau lésée par ces faits divers. Le mécanisme pathologique est aussi multiple, les causes nommées d'ordre interne agissant plutôt dans le sens d'une parésie artérielle, le vent et le froid provoquant plutôt un artério-

spasme et une dilatation veineuse. La peau a l'air perniotique, sa température est diminuée. Mais l'état cutané si typique de la couperose est indubitablement le résultat de plusieurs causes. L'infection qui survient dans cette peau disposée d'avance se manifeste en forme de nodosités folliculaires, papuleuses et pustuleuses, auxquelles s'ajoutent souvent des hyperplasies fibromateuses.

Dans la cornée les altérations anatomo-pathologiques sont plus simples, mais, là aussi, dominent la dilatation très marquée des vaisseaux et les infiltrations du parenchyme cornéen. La localisation primaire et dominante à la fente palpébrale montre l'influence externe aussi sur l'affection oculaire. L'affection est dans la plupart des cas beaucoup plus discrète que chez notre malade et la localisation à une bande transversale de la cornée correspondant à la fente palpébrale est typique. Quelques auteurs ont insisté sur la présence des éléments de la rosée aux paupières comme condition d'une lésion oculaire ; notre cas nous a montré que cette condition n'est pas absolue.

Quelle est la fréquence des complications oculaires de la couperose? Certainement elle est plus grande qu'on le croit. Même si l'on ne peut pas généraliser la statistique de la Clinique de Rostok où, pendant les années 1910 à 1920, 274 cas ont été traités — et Triebenstein avoue que seulement l'intérêt et l'expérience croissant de l'affection ont permis d'obtenir un tel nombre de cas — on a tout droit de croire que les cas sont plus nombreux qu'on ne le pense. Le nombre absolu des cas d'acné rosée varie certainement d'après les climats et les régions ; un climat humide et venteux, peut-être combiné avec l'habitude d'une grande consommation de bière et d'eau-de-vie, dispose sans doute à la couperose. Néanmoins nous n'avons pas, ici dans la Scandinavie, l'impression d'une fréquence importante des complications oculaires. La présence d'une kératite ne semble pas toujours aller parallèlement avec la gravité de l'affection cutanée ; si les complications oculaires se trouvent le plus souvent dans les cas d'une acné rosée étendue on connaît aussi des cas d'affections oculaires où la couperose n'est que très peu prononcée.

L'âge où se trouvent les kératites est bien entendu le même où paraît en général la couperose, c'est-à-dire après la quarantaine ; mais la statistique de Triebenstein nous montre qu'à Rostock à peu

près un tiers des complications oculaires (29,5 o/o) se trouve au-dessous de l'âge de trente ans. C'est un fait très important et il faut absolument contrôler ces observations dans les diverses cliniques. L'intérêt sera aussi de constater si les phlyctènes de l'âge infantile disposent aux altérations décrites ici chez les adultes. Le fait que la forme ulcéreuse des kératites de la couperose peut ressembler beaucoup aux vrais ulcères rongeants a poussé Peters et Triebenstein à évoquer la possibilité d'une étiologie acnéique dans beaucoup des cas où cette lésion se manifeste chez des individus jeunes.

Quant au diagnostic différentiel la présence des lésions cutanées est de valeur décisive, outre la localisation prépondérante de la lésion oculaire à la fente palpébrale. Le pronostic de la conjonctivite est absolument bon, tandis que la kératite, complication de beaucoup la plus fréquente (chez 243 des 274 malades de Triebenstein) donne, dans un assez grand nombre des cas, lieu à une transparence diminuée de la cornée, dont l'intensité et la localisation est décisif pour la fonction visuelle.

Comme traitement sont recommandées des applications d'une pommade d'ichthyol (ichthyol 0,7 à 0,10, oxyde de zinc 3,0, vaseline 7,0); dans des cas graves il faut enlever les infiltrations profondes.

SUR UN CAS DE PSEUDO-MILIUM COLLOÏDE (1)

Par le Prof. Dr. M. MONACELLI
(Clinique Dermosyphilopathique de Rome dirigée par le Prof. P. L. Bosellini.)

La dermatose décrite pour la première fois par E. Wagner (1866) sous le nom de *Colloïd Milium* peut être considérée comme une des affections les plus rares, étant donné que le nombre des observations de cas parfaitement typiques rapportées jusqu'à ce jour dans la littérature ne dépasse pas la vingtaine.

Les caractéristiques de la maladie ayant été ainsi fixées par Wagner et la première description histopathologique ayant été donnée quelques années plus tard (1879) par Besnier-Balzer, cette dermatose put enfin être considérée comme une entité morbide vraie; les observateurs successifs ne purent que confirmer la précision clinique et histopathologique des premiers observateurs.

Les auteurs français ayant corrigé l'erreur initiale de Wagner, qui avait cru pouvoir attribuer la maladie à une affection des glandes sébacées, avec transformation colloïde de leur contenu (erreur qui pèse encore sur la dermatose à travers ses différentes dénominations), et le siège des lésions dans le tissu conjonctif papillaire et sous-papillaire ayant été fixé par les mêmes auteurs, il restait encore à éclaircir :

1° L'histogénèse de la soi-disant substance colloïde, produit de dégénérescence caractéristique, dans le cadre histologique de la dermatose.

2° L'étiologie de la maladie.

Des contributions remarquables, qui ont servi à rendre plus clairs ces problèmes sur lesquels pourtant la discussion est toujours ouverte, ont été successivement apportées à l'étude de cette entité morbide, surtout par plusieurs dermatologistes italiens.

(1) Travail arrivé à la Rédaction en mars 1933.

Avant d'exposer l'état actuel de la question, je désire rapporter les données caractéristiques relatives à un cas récemment observé dans notre clinique.

L. A..., âgée de 42 ans, paysanne, de Fiuggi. Rien de remarquable du côté des parents. Ni les ascendants, ni les collatéraux n'auraient jamais présenté de manifestations morbides cutanées dans le genre de celles dont se plaint la malade.

Celle-ci ne se rappelle pas avoir souffert de maladies de quelque importance jusqu'à son mariage en 1912, avec un homme apparemment sain, duquel elle eut d'abord deux fils, nés à terme, qui sont vivants et en bonne santé.

Son mari ayant ultérieurement contracté la syphilis, la patiente eut ensuite, et à quelques mois seulement l'une de l'autre, deux fausses couches, l'une au troisième, l'autre au cinquième mois.

Elle dut alors se soumettre à un curettage de l'utérus et commença un traitement spécifique qu'elle a suivi, avec des intervalles plus ou moins longs, mais plutôt irrégulièrement, jusqu'à il y a deux mois. Elle a été soumise à un traitement par injections sous-cutanées, de bismuth et de mercure, qu'elle ne sait pas mieux préciser.

Depuis l'année 1919 jusqu'aujourd'hui, la malade ne s'est plus portée vraiment bien, souffrant de maux de tête rebelles qui la tourmentent encore actuellement.

De la même époque date une perte purulente des organes génitaux, qui dure encore.

La dermatose actuelle aurait commencé il y a dix ans à peu près, quand la malade avait un peu plus de 30 ans, par des éléments jaunâtres, apparus sur les tempes et qui ont augmenté de volume et se sont multipliés jusqu'à prendre la dimension et l'extension actuelles.

Depuis quelques mois, ces éléments sont apparus même sur le dos des mains. Ils ne sont pas accompagnés de symptômes subjectifs à l'exception d'un léger prurit que la patiente sent augmenter dans la saison chaude et quand elle transpire. Dans ces périodes, les altérations cutanées en question semblent devenir plus évidentes. La malade assure que les lésions, telles qu'elle nous les a décrites, soit à leur naissance, soit pendant leur développement, n'ont jamais été précédées par des éruptions d'aucun genre, ni dans les zones malades qui nous intéressent, ni dans aucune autre partie du corps.

Particulièrement interrogée sur une possible préexistence de lésions de caractère acnéique, la malade assura de n'avoir jamais souffert de rien de semblable.

Actuellement, céphalées, spécialement accentuées dans les heures du matin, faiblesse générale, dyspnée souvent après des efforts, douleurs lombaires et nécessité d'uriner fréquemment, souvent accompagnée de cuisson.

Pendant ces dernières années, à cause des douloureuses conditions de sa santé, la malade n'a plus pu prendre part, comme elle l'avait toujours fait auparavant, aux travaux des champs, en s'exposant ainsi, presque continuellement, au soleil et au grand air.

Status praesens. — Notre malade est un sujet de constitution osseuse régulière, tissu adipeux insuffisant, aspect souffreteux. Elle semble en général plus âgée qu'elle n'est en réalité.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on note une matité correspondant à la fosse sous-épineuse et à la région interscapulaire droites ; à l'auscultation, expiration prolongée et sifflante ; à la base droite, quelques râles humides à petites bulles.

Cœur. — Pointe dans le sixième espace, un peu déviée en dehors, choc de la pointe très fort. Débordement modéré à droite du faisceau sus-cardiaque.

A l'auscultation : à la pointe et à la région moyenne, le premier bruit est vibrant, mais on ne peut pas percevoir de bruits pathologiques. Le second bruit aortique est renforcé et métallique.

Rien à signaler pour les organes abdominaux.

Les organes génitaux externes sont le siège de rougeurs : à l'examen endovaginal, on observe une quantité assez forte de muco-pus amassé dans les culs-de-sac du vagin.

Micropolyadénopathie latéro-cervicale et sus-épitrochléenne gauche.

Je résume les résultats des examens de laboratoire.

L'examen chimique et microscopique des urines montre la présence d'une certaine quantité de pus et de très rares cylindres hyalins.

L'examen du sang est normal pour ce qui regarde les éléments de la série rouge et de la série blanche ; formule leucocytaire, etc., etc. A l'examen chimique : glycémie et azotémie dans les limites de la normale ; un certain degré d'hypercholestérinémie, 2,20 o/oo. Réactions de : Bordet-Wassermann, Meinicke (M. T. R. et M. K. R.) négatives. Rien de pathologique dans le liquide céphalo-rachidien.

En examinant la peau, celle-ci se présente non altérée, d'une couleur pâle dans les parties couvertes ; les parties découvertes, pigmentées, se présentent rugueuses, avec des signes de sénilité. Sur celles-ci, et plus précisément au visage (fig. 1) et au dos des mains, est localisée la dermatose qui nous intéresse, représentée au visage par des saillies pseudo-vésiculoïdes dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, d'une apparence translucide et de couleur jaunâtre.

Ces éléments sont quelquefois isolés, et ceci peut se dire plus précisément des plus petits et de ceux localisés dans les parties périphériques des zones malades ; d'autres ont tendance à se rassembler et à se réunir les uns aux autres. Quelques rares éléments présentent un centre ombiliqué.

J'ai parlé de pseudo-vésicules parce que les lésions élémentaires qui

constituent la dermatose sembleraient à première vue avoir un contenu liquide, mais en les piquant avec une aiguille, aucune substance liquide n'en sort. C'est seulement en élargissant la coupure avec une lancette et en exerçant une certaine pression latérale, que les éléments les plus gros se vident en partie de leur contenu, sous forme d'une masse amorphe gélatineuse de couleur jaunâtre.



Fig. 1.

Si la pression exercée a été énergique, on peut provoquer l'issue de quelques gouttes de sang. Rien ne sort des éléments plus petits.

Si on veut préciser la localisation de la dermatose au visage (fig. 2), on peut dire que les éléments dont nous avons donné la description sont disposés de manière presque symétrique sur le front et plus précisément sur la moitié inférieure, avec un maximum de développe-

ment vers la région centrale, tandis que vers la périphérie et vers le haut du front, les éléments se font plus rares et plus petits, sur les pommettes du visage et sur la partie antérieure des tempes. Quelques éléments isolés se trouvent aussi sur la paupière inférieure et, plus rares, sur la supérieure. Rien de pathologique à la conjonctive.

En observant la disposition générale des pseudo-vésicules, on peut noter que celles-ci se trouvent groupées dans les zones de peau com-



Fig. 2.

prises entre les rides, en respectant pourtant toujours les sillons cutanés plus profonds.

On les voit aussi se rassembler en foyers au contour polygonal varié au niveau des pommettes du visage, en bandes transversales superposées au niveau du front, à cause de la position différente des rides dans l'une ou dans l'autre région.

Dans les zones atteintes, on peut voir aussi çà et là de petites zones d'atrophie, entre certains éléments, et quelques télangiectasies très fines

qui se trouvent de préférence sur la peau qui est directement au-dessus ds éléments mêmes.

Le dos des mains est aussi sillonné de rides, la peau y est épaissie et très pigmentée.

Dans la région du premier métacarpe, toujours sur le dos, dans le centre des losanges formés par les rides, la peau se soulève en petites saillies hémisphériques, translucides, jaunâtres, analogues à celles observées sur la peau du visage, mais qui n'arrivent jamais à leurs dimensions. En les piquant, on ne réussit pas à les vider de leur contenu (fig. 3).



Fig. 3.

Examen histologique. — On prélève par biopsie deux éléments de la dermatose : l'un d'eux à la pommette droite, qui a atteint son développement complet et est de la grosseur d'un pois ; l'autre plus petit, sur le front, entre ceux que la patiente dit s'être formés plus récemment. On les fixe avec formaline, alcool et Zenker.

1) Un examen d'orientation d'une coupe colorée avec hématoxyline et éosine, donne pour résultat :

Une couche cornée normale, représentée en partie par de petites lamelles détachées, une couche granuleuse continue, composée d'une ou deux couches de cellules chargées de grains de kératohyaline ; une couche épineuse fortement réduite, représentée presque toujours par 2 ou au maximum 3 couches superposées de cellules. Plusieurs de

celles-ci sont en dégénérescence vacuolaire, d'autres présentent un noyau central pycnotique. Des symptômes d'altérations plus importants sont observables dans les cellules de la couche basale. Les noyaux de plusieurs de celles-ci se présentent grossis, de forme arrondie ou irrégulièrement bossués, d'un aspect homogène.

Le pigment, qui existe en quantité plutôt abondante, a les caractères habituels.

La limite entre le derme et l'épiderme, court en ligne droite sans aucune trace de papilles et de bourgeons interpapillaires, interrompue seulement par de nombreux orifices folliculaires.

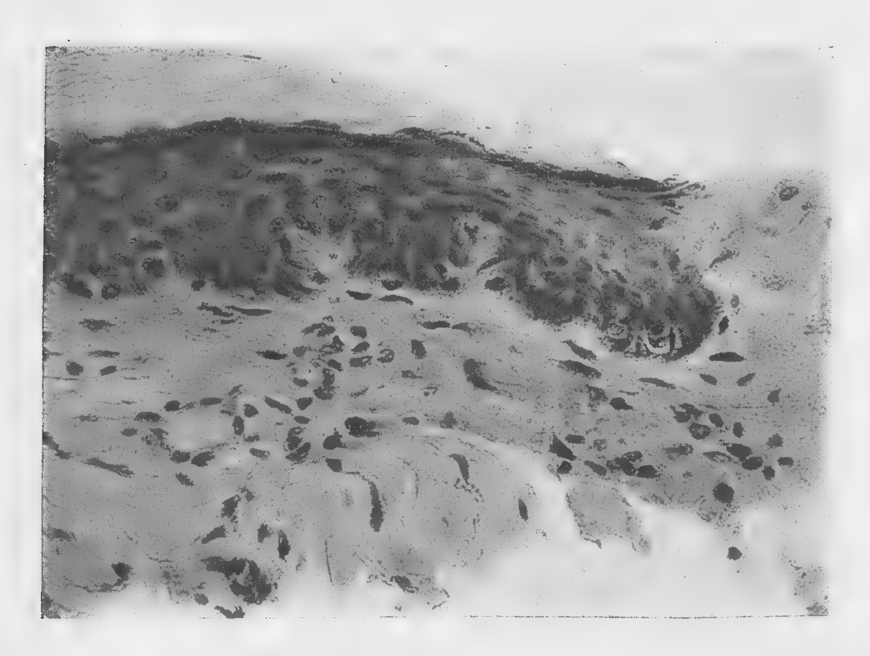


Fig. 4.

Dans quelques zones, il est possible de voir le tissu conjonctif sous-épidermique s'insinuer en forme de hernie, entre les cellules de la couche basale, et pousser ses prolongements jusque dans la couche épineuse ; chose assez rare et qu'il est possible d'observer seulement dans quelques coupes (V. fig. 4).

La couche basale est suivie par une légère bandelette continue de collagène colorée en rose pâle ; celle-ci est suivie (toujours en continuant à descendre vers l'hypoderme) par une bande plus large, d'aspect granuleux, dans laquelle la coloration rose devient bleu pâle ; dans cette couche sont présentes de nombreuses cellules conjonctives bien

conservées et plusieurs vaisseaux sanguins, en partie dilatés, avec leur endothélium tuméfié, et presque toujours vides de sang.

En suivant notre observation, tout de suite au-dessous nous arrivons à la zone des altérations plus caractéristiques et plus évidentes représentées par la transformation de tout le tissu conjonctif dermique compris entre les différents orifices folliculaires, en formations pseudo-cystiques clairement délimitées du tissu restant, et remplies en grande partie par des masses homogènes apparemment informes, privées de structure ; masses plus ou moins grandes, de forme irrégulière (V. fig. 5), séparées par des vides en forme de fentes. Ces masses, qui représentent ce qu'on appelle dégénérescence colloïde du derme,



Fig. 5.

semblent être acidophiles (elles prennent la coloration de l'éosine, en rose plus foncé que le tissu conjonctif qui les entoure) ; elles présentent çà et là, dans leur masse ou superficiellement, des cellules conjonctives apparemment non altérées. Celles qui sont situées à la surface des masses de colloïde prennent un aspect aplati qui les font ressembler à des éléments endothéliaux. Pourtant, on n'a pas l'impression d'être en présence de vrais endothéliums.

Il semblerait plutôt que celles que nous appellerons lignes de fracture, ayant eu lieu probablement sous l'action des substances fixatrices et déshydratantes, suivent les prolongements protoplasmiques des cellules conjonctives mêmes.

Au-dessous, et tout autour des zones de dégénérescence colloïde, le derme se présente constitué par des faisceaux grossiers, qui, par leur aspect, nous rappellent les fibres élastiques gonflées, tordues et différemment fragmentées.

Ces faisceaux se colorent en bleu clair comme les zones qui sont immédiatement superposées au colloïde. En descendant vers l'hypo-



Fig. 6.

derme, le tissu fondamental reprend son aspect normal ; des zones de collagène coloré en rose apparaissent entre les faisceaux dont nous avons parlé tout à l'heure, et se font toujours compactes jusqu'à constituer, comme à l'ordinaire, la trame du tissu dermique de soutènement.

Ni dans celle-ci, ni dans les autres zones, on ne peut noter de signes d'infiltration inflammatoire, si on excepte les zones péri-folliculaires,

qui sont çà et là le siège d'une modique infiltration parvi-cellulaire, accompagnée de prolifération des cellules conjonctives.

Les nombreux follicules présents dans les coupes, sont le siège d'autres altérations dignes d'être notées. Presque tous présentent des signes de dilatation à type cystique au-dessous du col du follicule, qui semble être comprimé par les formations colloïdes qui l'enveloppent.



Fig. 7.

Les cellules mêmes qui constituent l'infundibulum et le col du follicule, présentent des signes d'altération et dans quelques endroits sont dans une véritable hyalinose (V. fig. 6). La dilatation folliculaire dont nous avons parlé arrive, dans quelques follicules, jusqu'à donner de véritables *milii*, et des kystes de rétention, qui présentent les caractères bien connus de ces formations.

2) Très intéressantes et très démonstratives sont les coupes colorées

avec l'orcéine acidifiée et le bleu polychrome selon Unna. Les fibres élastiques en profondeur se présentent normales et prennent une coloration brun noirâtre. En remontant vers le haut, c'est-à-dire vers le colloïde, elles deviennent plus grosses, irrégulières, comme gonflées, et tendent à prendre une coloration qui, par degrés, se fait toujours plus bleuâtre.

On arrive ainsi aux masses de colloïde colorées en bleu un peu plus clair, homogène, et, au moins pour ce qui regarde les masses centrales, sans aucune trace de fibrillation. Les masses de colloïde qui confinent vers le haut avec les parois inférieures de la cavité pseudo-kystique, montrent l'apparition graduelle d'un grossier réseau noirâtre qui, continuant à monter, se fond dans une bande amorphe, très épaisse, qui longitudinalement, et de façon presque ininterrompue, montrant seulement çà et là des espaces plus clairs, s'étend au-dessous de l'épiderme duquel il est séparé par une zone très légèrement colorée en rose pâle, dans laquelle on ne trouve plus trace de fibres élastiques. Dans plusieurs endroits, — comme j'ai déjà dit — est facilement visible la continuation directe de la zone d'élastine dégénérée, qui forme la bande noirâtre que nous avons décrite ci-dessus, avec les masses de colloïde plus hautes (V. fig. 7).

Les préparations colorées avec l'orcéine sont aussi très démonstratives en ce qui regarde les altérations des vaisseaux sanguins. Comme nous l'avons déjà dit, dans la partie du derme placée directement sur les zones de dégénération, outre un certain degré de dilatation de leur lumière et de tuméfaction des endothéliums, les vaisseaux ne semblent pas altérés. Dans les masses de colloïde, on peut voir de rares formations semblables à des vaisseaux, qui semblent creusées dans des masses amorphes, ne montrant pas une paroi bien différenciée, mais se présentant seulement comme des cavités pleines de sang. Du sang, on n'en trouve jamais, au contraire, dans les fentes que nous avons décrites, qui sont présentes entre un bloc et l'autre de colloïde.

Dans le derme réticulaire plus profond, quelques-uns des rares vaisseaux qui y existent, et plus spécialement les petites veines, présentent une paroi un peu plus épaisse et complètement homogénéisée par hyalinisation, teinte en rose pâle, sans aucune trace de tissu élastique.

3) Avec le Van Gieson, les masses de colloïde se colorent en jaune plus ou moins pâle.

Les différentes méthodes de coloration de Unna pour les processus dégénératifs du collagène et du tissu élastique ont donné les résultats suivants :

4) Avec l'orcéine acidifiée, la fuchsine acide, l'acide picrique, les masses colloïdes, surtout au centre des formations pseudo-kystiques, se colorent en rouge comme le collagène qui les entoure. Seulement, quelques-unes montrent des zones jaunâtres. Il est très intéressant de noter comment presque toutes les formations colloïdes montrent à la périphérie une légère zone colorée en brun, comme s'il existait une membrane

enveloppante. Les fibres élastiques sont aussi colorées en brun, soit qu'elles se présentent à l'état normal, soit dans les zones où nous avons déjà relevé des altérations du tissu élastique. Entre ces différentes zones, la plus spécialement remarquable est celle que nous avons vue interposée entre le colloïde et la légère bande de collagène directement sous-épidermique (ce collagène, coloré en rouge brillant, jette en quelques endroits de courtes ramifications qui vont s'effilocher entre les cellules épidermiques de la couche malpighienne). Cette zone est formée en partie par de gros faisceaux bruns, en partie de substance amorphe, et en partie de granules arrondis, de la grandeur d'un lymphocyte. En descendant encore, vers le colloïde, la coloration brune de toutes ces formations devient de moins en moins foncée et intense, jusqu'à en venir à travers une zone jaunâtre, à la coloration prédominamment rouge du colloïde. Enfin, il faut remarquer la teinte rougeâtre que — avec cette même méthode de coloration — prennent çà et là quelques cellules épidermiques de la couche épineuse, en opposition à la teinte jaunâtre des autres.

5) Traitées avec l'orcéine acidifiée, la fuchsine phéniquée, le tannin, le bleu-eau, les masses colloïdes se colorent fortement en bleu à leur périphérie ; elles sont décolorées et prennent une teinte rosée très délicate dans leur partie centrale. Les masses colloïdes plus voisines des parois de revêtement inférieures des pseudo-cavités, dans lesquelles le colloïde même est contenu, montrent sur le fond rose, une fine réticulation brune. Le collagène est coloré en bleu, l'élastique en brun, en brun aussi la zone de tissu en dégénérescence, comprise entre le collagène directement sous-épidermique et les masses colloïdes. Cette bande fortement brune est interrompue çà et là par des couches plus claires, dans lesquelles on observe des petites formations rouges.

6) Avec le mélange orcéine et bleu-eau, l'épiderme se colore en bleu foncé ; le collagène en bleu clair, les masses colloïdes aussi en bleu, l'élastine se colore en brun ; mais dans les zones où les fibres élastiques sont le plus altérées dans leur structure, c'est-à-dire d'aspect plus grossier et à contour irrégulier et fragmentées en plusieurs endroits, elles prennent une coloration variée, dans quelques endroits brune, dans d'autres — tout en conservant les mêmes caractères morphologiques — bleue.

7) La coloration de Martinotti, au bleu Victoria B, nous a donné des aspects très démonstratifs et très clairement particularisés. Cette coloration est au bleu Victoria B, préparé avec un procédé analogue à celui de Weigert pour sa fuchsine : coloration de contraste à la safranine. Les noyaux de l'épiderme sont rouges ; au-dessous de ceux-ci on voit une légère bandelette presque incolore, puis une grosse bande bleue, puis enfin le colloïde rouge-rose. Dans toutes les autres zones, l'élastine et ses produits de dégénérescence se colorent en bleu.

8) Des résultats contradictoires nous ont été donnés par la méthode

de coloration proposée par Pianese, pour la dégénérescence hyaline et colloïde, et pour la mucine.

Avec le mélange colorant, composé de vert de malachite, de fuchsine acide et de jaune Mars, on aurait une coloration spécifique de ces différentes substances : rouge brique pour la hyaline, verte pour la colloïde, et bleu ciel pour la mucine. La spécificité de ces différentes colorations a été démontrée par Pianese pour la substance colloïde dans la glande thyroïde, pour la hyaline dans les restes des follicules ovariens, et pour la mucine dans le gros intestin.

En colorant les coupes avec le mélange de Pianese, je n'ai eu, comme je l'ai déjà dit, de résultats ni très probants, ni très clairs, pour l'identification de la substance colloïde. En effet, en premier lieu, tandis que les différents auteurs, qui ont précédemment usé de cette méthode, considèrent comme superflu d'y ajouter le jaune Mars, j'ai moi-même eu des résultats fondamentalement différents, selon que j'ai usé d'un mélange composé avec ou sans jaune Mars.

Tandis que dans le premier cas le colloïde s'est coloré en vert azuré, dans le second, en l'absence du jaune Mars, le colloïde même a pris une tonalité rougeâtre. Mais, en outre, une diversité de résultats a été obtenue aussi, entre des coupes traitées avec la même méthode, et même entre une zone et l'autre de la même coupe. Ainsi, dans les préparations colorées seulement avec le vert de malachite et la fuchsine, la coloration en prépondérance rougeâtre du colloïde a, dans plusieurs coupes, passé à un rouge violacé. Quelques masses de substance colloïde se sont même montrées rougeâtres à la périphérie, et d'un violacé azuré à leur centre.

Je fais remarquer ici que les coupes colorées par la méthode de Pianese n'avaient pas été fixées avec le mélange de Pianese (chlorure de platine, acides osmique, chromique et formique). L'usage de ce mélange n'est pas, selon les auteurs, indispensable à la bonne réussite de la méthode. Celle-ci, même en comparaison avec d'autres méthodes analogues, dans lesquelles on utilise aussi des mélanges hétérogènes — par exemple le Biondi-Heidenhain — aurait l'avantage de pouvoir être utilisée avec différentes fixations. Abstraction faite pourtant des résultats inconstants, obtenus dans les colorations du colloïde, la méthode de Pianese mérite d'être mentionnée, à cause des magnifiques colorations obtenues par elle : noyaux colorés en vert, protoplasme des cellules épidermiques en rouge, et collagène en rouge très vif.

9) En utilisant le violet de gentiane pour les dégénérescences amyloïdes (ou selon la méthode normale, ou avec une solution diluée en prolongeant le temps de la coloration [Schmorl]), dans quelques coupes on peut obtenir quelque petite zone colorée métachromatiquement en rouge, située dans le conjonctif interposé entre l'épiderme et les masses de colloïde.

10) La réaction pour la mucine, avec le mucicarmin de Mayer, pré-

cédé d'une coloration nucléaire avec l'hémalun, donne un résultat négatif. Seulement le contenu d'un follicule en dégénérescence cystique de type milium se colore en rouge.

11) Avec la méthode de Russel, à la fuchsine phéniquée et vert iode, pour la mise en évidence de la dégénérescence hyaline, les masses de substance colloïde se colorent fortement en rouge. De petites formations rondes, colorées en rouge brillant, s'observent aussi dans le tissu conjonctif directement sous-épidermique.

12) Avec le Soudan III on démontre la présence de graisse seulement dans les couches cornées et dans les glandes sébacées.

13) Avec le vert de méthyle-pyronine, les masses de colloïde apparaissent colorées en rose pâle : plasme-cellules très rares.

Il ne peut y avoir aucun doute que le cas que nous avons décrit ne puisse être placé parmi ceux de pseudo-milium colloïde. L'aspect clinique, le cadre histologique, coïncident avec les caractéristiques de cette dermatose, et la discussion de tout autre diagnostic différentiel serait tout à fait superflue.

En parlant des caractéristiques cliniques et histologiques propres à cette affection, je me reporte naturellement aux cas vraiment typiques qui ont été jusqu'aujourd'hui décrits sous le nom de pseudo-milium colloïde (Pellizzari) et avec d'autres dénominations entre les nombreuses qui ont été proposées, pour cette dermatose (« Colloïd-Milium : Wagner; Colloïdome miliaire : Besnier; Hyalome : Leloir; Dégénérescence colloïde du derme : Feulard; Conjonctivôme à dégénérescence hyaline : Milian », etc., etc.).

Ces cas typiques sont ceux que Hartzell comprend dans le premier groupe de sa classification, en réservant pour le second les cas observés, dans lesquels les symptômes cliniques diffèrent plus ou moins nettement de ceux des cas du premier groupe, bien que la structure histopathologique en soit pratiquement la même.

Un troisième groupe enfin, rassemble les cas dans lesquels ni les symptômes cliniques, ni l'histopathologie ne peuvent être considérés comme typiques. Pour ceux-ci le diagnostic de pseudo-milium colloïde doit être accepté avec réserve, souvent aussi à cause de la documentation insuffisante.

Les cas du premier groupe sont caractérisés par des nodules ou saillies vésiculoïdes, dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chanvre, translucides, placés presque toujours sur le visage, moins fréquemment sur le dos des

mains Ces saillies contiennent une substance gélatineuse, transparente. Dans plusieurs des cas décrits — je rappelle ceux de Feulard, Pellizzari, et un des cas de Bosellini — la conjonctive bulbaire était aussi atteinte, avec des altérations qui rappellaient le ptérygion.

Les altérations, une fois constituées, pour la majorité des sujets, durent indéfiniment. On a pu observer pourtant des cas de disparition très lente, suivie de l'atrophie d'au moins quelques-uns des éléments.

Balzer, qui le premier étudia l'histopathologie de cette maladie, dans les cas décrits par Besnier-Feulard, trouva dans l'épiderme, un amincissement qu'il attribua à la compression, et dans le derme papillaire et sub-papillaire les altérations principales sous forme de substitution au tissu normal de soutènement de masses amorphes qui semblaient être produites par l'agglutination et la disparition des fibres conjonctives dermiques normales. Pour les zones dans lesquelles l'altération n'était pas encore complètement développée, les fibres conjonctives se présentaient encore avec leur forme normale, mais déjà altérées dans leurs réactions colorantes.

Les altérations des vaisseaux sanguins sous forme de dégénérescence des parois et de tuméfaction de l'endothélium ont été observées par Balzer, non seulement à proximité des masses amorphes, mais aussi à quelque distance de celles-ci, où il n'existait pas d'autres signes d'altération.

De l'étude de ces deux cas, Balzer conclut que les lésions sont le résultat d'une dégénérescence colloïde du tissu conjonctif dermique, avec d'abord une tuméfaction des fibres de ce dernier, suivie de leur transformation en des masses colloïdes. L'affection aurait son origine dans les vaisseaux.

Déjà Balzer, dès ses premières observations, avait attiré l'attention sur le fait que les éléments cellulaires tant épithéliaux de l'épiderme et de ses annexes, que conjonctifs, semblaient être épargnés par les faits dégénératifs.

Après avoir mentionné le cadre clinique et histopathologique fixé dès les premières observations du pseudo-milium colloïde, je rappellerai comment dans certains cas (ceux que Hartzell comprend dans son second groupe) les symptômes cliniques diffèrent un peu des symptômes vraiment typiques.

Auteurs	Age Sexe	Profession	Début de l'affection	Distribution	Aspect des lésions	Pathogénèse et étiologie	Examen histologique	Particularités
14. Hartzell 1914.	43 ♂	Jardinier.	Depuis 3 ans.	Visage.	Saillies translucides, dures, isolées ou confluentes, couleur jaune citron.	Dégénérescence du tissu collagène et élastique.	Dégénérescence colloïde de quelques cellules épidermiques, présence de collastine, entre l'épiderme et les zones en dégénérescence colloïde.	Les lésions s'accentuent et deviennent plus fortement colorées en jaune en été.
Arzt 1914.	62 ♂	Paysan.	Depuis 2 ans.	Nez.	Deux nodules bruns à surface bosselée	Les altérations principales et primitives, sont attribuables au collagène. Arzt admet pourtant, que dans d'autres cas on puisse avoir participation précoce (et quelquefois initiale) du tissu élastique. A cause de cela on devrait appeler cette dermatose : dégénérescence pseudo-colloïde du tissu collagène, ou des tissus élastique et collagène selon le différent développement des processus histopathologiques.	Disparition de la structure normale du conjonctif, des couches moyennes du derme, substituées par des masses homogènes d'aspect hyalin.	
15. Milian 1917	42 ♂	Paysan.	A l'âge de 13 ans, aux mains, à 18, au visage.	Visage et dos des mains.	Tuméfactions grosses comme la tête d'une épingle ou une lentille, semblables à de petits kystes.		Mottes de fibres conjonctives, en dégénérescence hyaline.	
16. Ketron 1913.	42 ♂	?	Depuis 12 ans.	Dos des mains, oreille gauche.			Présence dans le tissu conjonctif des grosses cellules, déjà décrites par Bizzozero.	
Trimble 1919	57 ♂	?	Depuis 7 ans.	Ailes du nez.	Lésions translucides, d'un rouge pâle.		Faisceaux de tissu conjonctif altéré, qui se colorent en jaune, par la fuchsine et l'acide picrique.	
Gilchrist 1920	38 ♂		Depuis la première année de la vie.	La figure, le cou, les coudes, les genoux.	Lésions de type nodulaire papillomateux ou cicatricielles souvent à siège folliculaire, jaunâtres.		Dégénérescence diffuse, homogène, du derme, avec les caractéristiques de la dégénérescence colloïde. Les vaisseaux sont épaissis, les fibres élastiques normales.	Diffusion des lésions même dans les parties couvertes.
Spitzer 1921.	17 ♀		Depuis 4 ans.	Le front, le nez, les joues.	Aspect typique sur une base hyperémique.	Hypersensibilité à la lumière.	Faible dégénérescence du tissu collagène et élastique. Infiltration cellulaire abondante, composée de lymphocytes et de grosses cellules, quelques-unes ont deux noyaux.	La malade présente simultanément une éruption sur le visage, et sur la peau des mains et des bras. Depuis 4 ans, cette inflammation se répète, avec les mêmes caractères, chaque printemps. Par l'exposition au soleil, apparaissent des nodules gros comme une lentille, fortement prurigineux.

Auteurs	Age Sexe	Profession	Début de l'affection	Distribution	Aspect des lésions	Pathogénèse et étiologie	Examen histologique	Particularités
Ruedemann 1922.	36 ♀	Femme de ménage.	Depuis 4 ans.	Joue gauche.	Taches du diamètre de 2 centimètres, aspect « épithéliome morpheiforme ».		Altérations initiales de caractère inflammatoire, auxquelles font suite des altérations dégénératives du conjonctif, sous forme de tuméfactions et fragmentations du collagène et de l'élastique. Apparition de masses ovoïdes de substance hyaline ou colloïde. Après quelque temps celles-ci se vacuolisent, et apparaissent des cellules mononucléées grandes du type macrophage. Aucune altération dans les vaisseaux sanguins.	
Mook 1925.	17 ♀		Depuis 2 ans.	Le cou.	Nodules de grosseur variant de la tête d'une épingle à celle d'un pois. Isolés ou en groupes transparents.			
17. Jager 1925	49 ♂	Paysan.	Depuis l'âge de 7 ans.	Visage, cou et mains.	Nodules jaunâtres, translucides, quelques-uns ombiliqués, autres pédonculés.	Dystrophie congénitale de la peau. Action des agents extérieurs.	Présence d'élacine, collacine et collastine. La substance colloïde selon quelques réactions colorantes semblerait analogue à la hyaline, mais on ne peut pas l'identifier avec celle-ci. Dégénération des éléments cellulaires de quelques follicules. Dans quelques points le colloïde s'infiltre jusqu'à l'épiderme, où on peut observer aussi des cellules dégénérées. Tout autour des masses dégénérées on trouve des cellules avec un gros noyau ovoïde et cytoplasme vacuolaire, contenant des granules de substance colloïde.	Les lésions provoquent un peu de prurit. L'affection devient plus grave et s'étend pendant l'été.
Greenwood 1926.	38 ♂	Ouvrier métallurgiste.	Depuis 6 mois.	Visage, cou et régions des bras.	Lésions translucides jaunes qui contiennent une substance gélatineuse, semi-solide.		Dans le derme, zones de dégénérescence et d'infiltration avec cellules géantes.	
18. Werther 1926.	70 ♂	?	?	Le front, les paupières et le dos du nez.	Nodules jaunes isolés ou confluents.	Altération de sénilité.	Foyers de dégénérescence colloïde avec présence de lipoïdes (Soudan III). Les sections non colorées ne montrent aucune réfringence.	
19. Pineda Ganz de Grado 1926	? ♀	?	Depuis 6 mois.	Joues et dos des mains.	Saillies papuleuses, et groupes de pseudo-vésicules confluentes jaunâtres desquelles on peut faire sortir la masse colloïde jaunâtre typique.			

Auteurs	Age Sexe	Profession	Début de l'affection	Distribution	Aspect des lésions	Pathogénèse et étiologie	Examen histologique	Particularités
20. Davies 1917.	?	?	?	Paupières et front.	Papules grosses comme un grain de moutarde.			N. B. L'original de l'ouvrage n'a pas pu être consulté. Il est très brièvement résumé dans le *Zentralblatt für Hautkrankh.* comme un cas typique de pseudo-milium colloïde.
Arnold 1928.	29 ♂	Eleveur de bétail.	Depuis 4 ans.	Le dos des mains				En comprimant les saillies vésiculoïdes, il en sort un liquide cristallin.
21. Fukai.	45 ♂	?	?	Front, régions orbitaires, joues, un côté du nez.	Petites papules jaunes transparentes.	La substance colloïde serait due prévalemment à l'homogénéisation des fibres collagènes. Disposition individuelle et influences climatériques.	Dégénérescence des fibres élastiques et collagènes tout autour des masses colloïdes.	
22. Fukai.	56 ♂	?	?	Visage, dos des mains.				
Navarro Aguilera 1930	38 ♀	?	Depuis 3 ans.	Front, joues et plus tard dos des mains.	Nodules assez notables à cause de leur volume.			
23. Macleod Wigley, Muende 1932.	50 ♂	A vécu pendant longtemps en Afrique centrale.	Depuis 3 ans.	Dos des mains.	Papules plates brillantes quelques-unes ombiliquées, quelques autres hémorragiques, translucides, non folliculaires, de couleur jaune-citron.	Dégénérescence du collagène et de l'élastique.	Epiderme aminci, et grosses masses de colloïde, présence d'élacine. Aucune altération dans les vaisseaux sanguins.	
24. Monacelli 1933.	42 ♀	Paysanne.	Depuis 10 ans.	Front, joues, dos des mains.	Typique.	Dégénérescence du tissu collagène et élastique. Altération dystrophique, causes coadjuvantes : troubles de la nutrition, action des agents extérieurs.	Amincissement de l'épiderme. Ça et là phénomènes de dégénérescence de l'épiderme. Dans celui-ci en quelques points, des bouchons de collagène forment des hernies. Transformation des fibres collagènes et élastiques du derme en masses colloïdes, à travers la formation de collastine. De rares signes dégénératifs dans les vaisseaux	Céphalée.

Ainsi, dans le second cas de Jarisch, présenté au cinquième Congrès de la Société Dermatologique Allemande, sous le nom de « Colloïdome ulcéreux », les nodules translucides, jaunâtres, présents dans l'oreille du patient, étaient couverts d'écailles et de croûtes et présentaient de nombreuses petites ulcérations.

Dans le cas de Bizzozero les particularités cliniques étaient fournies par l'aspect pédonculé de certaines lésions, et par leur localisation exclusive au bord cutanéo-muqueux des narines.

Dans le cas de Arzt, enfin — pour ne citer que ceux dans lesquels la description clinique et histopathologique vraiment diligente nous permet une appréciation tout à fait sûre, — on voyait sur l'aile droite du nez deux petites tuméfactions brunes, à surface bosselée, bien différentes des lésions typiques, telles que nous les avons déjà décrites.

La description histologique semble pourtant concorder tout à fait avec celle des cas typiques de pseudo-milium colloïde (bien que l'aspect microscopique tel qu'il a été reproduit dans les deux figures accompagnant ce travail ne puisse pas être considéré comme tout à fait typique).

Je vais parler en passant d'un troisième groupe de cas pour lesquels le diagnostic de pseudo-milium colloïde ne peut pas être accepté. Tel est le cas de Philippson dans lequel il était question d'un *Hydradenome éruptif*, affection, qui selon cet auteur, pourrait s'identifier avec le pseudo-milium colloïde. Tel aussi le cas de Petrini de Galatz : kystes successifs d'*Hydroa-récidivant* ; et tels aussi peut-être les trois cas de Liveing, pour lesquels la description histologique manque cependant. Les cas vraiment typiques étaient au nombre de 11 quand Lombardo en l'année 1912, dans sa publication sur ce sujet, les rassembla en un tableau schématique.

Croyant utile une comparaison entre mon observation et les précédentes, je fais l'exposé schématique des cas rapportés dans la littérature avec le diagnostic de pseudo-milium colloïde, postérieurement à la publication de Lombardo, en avertissant que j'y incluerai aussi, sans en tenir compte dans la numérotation progressive, les observations insuffisamment documentées, par défaut de description histologique, ou pour toute autre raison (ceci étant spécialement le cas de plusieurs contributions américaines récentes) et les descriptions de cas non complètement typiques.

Les observations antérieures à 1912, pour lesquelles je me remets au tableau schématique de Lombardo, sont exactement les suivantes :

1° Wagner, 1866. — 2° Besnier-Balzer, 1879. — 3° Feulard-Balzer, 1883. — 4° Perin-Reboul-Unna, 1892. — 5° Jarisch, 1894. — 6° Pellizzari, 1898. — 7° La Mensa, 1899. — 8° Bosellini, 1906. — 9° Bosellini, 1906. — 10° Pouget, 1909. — 11° Lombardo, 1912.

A celles-ci il faut ajouter encore 2 cas décrits avant 1912 et non cités par Lombardo.

12° White, 1902. Jardinier de 52 ans, souffrant depuis 10 ans de fièvre des foins. Les lésions cutanées dataient de 4 ans. Histopathologiquement : présence d'élacine et dégénérescence colloïde. La collacine et la collastine manquent, peut-être parce que, selon White, la dégénérescence est déjà arrivée au maximum de son développement. — 13° Hyde, 1909. Homme de 25 ans. Histologiquement intéressante : dégénérescence des cellules épidermiques telle qu'elle a été observée et décrite pour la première fois par Bosellini.

J'ai déjà dit comment, les auteurs étant à présent tout à fait d'accord en ce qui concerne la morphologie des lésions caractéristiques du pseudo-milium colloïde, leur siège, l'aspect des altérations histologiques qui en forment le substratum, il reste pourtant encore quelques points à éclaircir, et tout spécialement l'histogénèse de la soi-disant substance colloïde, et l'étiologie de la dermatose qui nous intéresse.

Est-il juste, avant tout, de parler de dégénérescence colloïde en des cas semblables au nôtre ?

En histologie pathologique générale, on nomme *colloïdes* toutes les substances dépourvues de structure, transparentes, homogènes, qui sont des produits de transformations et de sécrétions des épithéliums ; substances, qui par leurs propriétés sont opposées à celles analogues, mais d'origine conjonctive, qui s'appellent *hyalines*. Selon cette terminologie la dénomination de colloïde donnée à un produit d'origine — sans aucun doute — typiquement conjonctive, comme dans le cas du pseudo-milium, serait fondamentalement fausse.

Il faut pourtant objecter :

1° Qu'il serait tout aussi impropre de parler de dégénérescence hyaline, et nous le prouverons en discutant le comportement histochimique des masses en dégénérescence.

2° Que le droit est désormais reconnu à l'histopathologie cutanée de se servir d'une terminologie que les histopathologistes ne considèrent, et ne pourraient pas considérer comme orthodoxe. Terminologie à laquelle les dermatologistes ne pourraient pourtant que difficilement renoncer.

On ne peut pas nier que les processus histopathologiques cutanés, soit tels qu'ils se présentent statiquement à une recherche objective, soit tels que nous devons les concevoir dans leur dynamisme, aient des particularités qu'il n'est pas toujours possible de mettre en comparaison avec ceux des processus histopathologiques du reste de l'organisme. De ceci proviennent bien souvent — et les exemples pourraient être nombreux — les disparités, non seulement en terminologie, entre l'histopathologie cutanée et l'histopathologie générale. Il en est ainsi dans notre cas.

Sous la dénomination de dégénérescence colloïde, les dermatologistes depuis Unna jusqu'à ce jour, classent une forme spéciale d'altération des tissus dermiques de soutènement avec formation, comme produit terminal du processus dégénératif, d'une substance caractéristique, qui est la substance colloïde.

Ce type de dégénérescence peut survenir, soit secondairement à un processus inflammatoire — dégénérescence colloïde du tissu cicatriciel, tel qu'elle a été décrite spécialement par Juliusberg — soit dans les processus de sénilité de la peau (voir les descriptions de Schmidt et de Reitzenstein) et finalement, comme forme primitive en soi-même, dans le cas de pseudo-milium colloïde.

Nous nous trouvons, certainement, dans toutes ces différentes formes, devant des processus très analogues l'un à l'autre, présentant des caractères cliniques (il suffirait de se rappeler la couleur jaunâtre des lésions) et histologiques analogues, mais on irait trop loin, si on voulait en soutenir, comme quelques auteurs l'ont fait, l'identité absolue.

Reprenant une hypothèse de Juliusberg, plusieurs auteurs, spécialement américains, ont même récemment soutenu que le pseudo-milium colloïde étant toujours précédé par une lésion à

type inflammatoire, doit être classé dans les dégénérescences colloïdes des tissus de cicatrice.

Au dire de Greenbaum, par exemple l'acné colloïde, ne serait qu'un état précoce, ou au moins une variété du pseudo-milium. Les caractères cliniques communs aux deux lésions, telle la localisation prévalente au visage, et l'aspect gélatineux du contenu, son apparition presque toujours après l'époque de la puberté chez des sujets exposés aux influences d'agents extérieurs, etc., en seraient la confirmation.

Mais si nous considérons les données qui nous sont fournies par la littérature, nous sommes naturellement portés à admettre sans aucun doute, que dans tous les cas vraiment typiques de pseudo-milium colloïde l'affection n'a succédé à aucune autre lésion de caractère inflammatoire ou granulomateux, mais qu'elle s'est présentée comme une lésion tout à fait primitive.

Quant à la nature de la soi-disant substance colloïde, produit terminal du processsus dégénératif qui se développe dans la dermatose que nous examinons, on peut dire que nous n'en savons encore rien de précis.

La petite quantité de matériel dont on dispose habituellement pour pratiquer les examens éventuels, a rendu difficile de soumettre la substance colloïde aux recherches aptes à nous faire connaître sa constitution chimique vraie et propre. Tout ce qu'on a pu établir c'est que la substance colloïde est absolument insoluble dans l'eau, dans l'acide acétique et dans l'alcool. Dans une solution décinormale d'hydrate sodique, elle se dissout lentement, en laissant un léger réseau de tissu conjonctif dans lequel semblent être contenues les masses colloïdes.

Le liquide obtenu par l'action de l'hydrate sodique, ne peut pas être précipité, ni avec l'acide acétique, ni avec l'alcool.

En faisant bouillir la substance colloïde dans une solution à 2 o/o d'acide chlorhydrique et en neutralisant, on n'obtient pas de réduction des solutions de Bénédict et de Fehling (essai par la pseudo-mucine) : les réactions chimiques habituelles de l'amyloïde sont aussi négatives (Jäger). Nous nous trouvons ainsi devant une substance pas encore bien définie chimiquement, probablement même devant un mélange de substances, et, au terme

de *colloïde* on doit attribuer une valeur purement descriptive au point de vue morphologique.

Quant à l'origine des substances colloïdes, soit qu'elles la tirent de l'un ou de l'autre composant des tissus dermiques, j'ai déjà dit comment Balzer, dans les deux cas étudiés par lui histologiquement, localise le processus dans le tissu collagène. C'est seulement plus tard, à propos du cas Perrin-Reboul, qui fut soumis à l'examen histologique de Unna, que l'on parla de la possibilité de la participation du tissu élastique à ce processus.

Les différents auteurs qui s'occupèrent ensuite de cette question prirent position pour l'une ou l'autre de ces hypothèses; quelques-uns soutinrent même (White, La Mensa) avoir affaire à une dégénérescence exclusive du tissu élastique.

Les recherches histologiques effectuées par Bosellini dans ces deux cas, soit sur des foyers complètement développés, soit sur des lésions prises à leur début, lui ont permis de démontrer comment on peut arriver à la substance colloïde à travers toute une série d'altérations profondes, tant du tissu collagène que du tissu élastique.

Dans le collagène, toujours selon la description de Bosellini, on observe tout d'abord, un regonflement des faisceaux et la disparition progressive des fibrilles, jusqu'à la formation de masses brillantes et réfringentes. Celles-ci, du point de vue coloration, diffèrent un peu les unes des autres, et précisément les plus petites montrent généralement une faible affinité pour les couleurs acides, qui les colorent d'une manière plus pâle, et en des tonalités un peu différentes de celles du collagène normal.

D'autres masses présentent une affinité très notable pour l'orcéine, qualité caractéristique du tissu élastique, tout en conservant, pourtant, une structure semblable à celle du collagène (collastine).

Les plus volumineuses enfin ont perdu toute trace de structure fibrillaire et sont, au point de vue coloration, basophiles. Au voisinage des zones de collagène ainsi altérées, le tissu élastique se raréfie et finit par disparaître et ceci sans être précédé par des modifications morphologiques des fibres, mais plutôt par une espèce de dissolution des fibres mêmes; dissolution qui aboutirait à la production d'une substance liquide. Celle-ci imbibant les masses de

collagène dégénéré, leur communiquerait son affinité pour les colorations de l'élastine et surtout pour l'orcéine

La conclusion de Bosellini, c'est-à-dire l'origine mixte de la substance colloïde, a été acceptée par la plupart des auteurs qui l'ont suivi, dans la description du pseudo-milium colloïde. Lombardo, qui soutient que les masses d'aspect colloïde sont dues à une transformation directe des fibres du collagène, a dû pourtant constater dans le tissu conjonctif du derme papillaire et sous-papillaire, une disparition graduelle des fibres élastiques par la fusion de celles-ci.

Une confirmation de l'origine mixte des substances colloïdes à travers les métamorphoses dégénératives décrites par Bosellini, est aussi fournie par mon cas. Ceux qui en ont suivi la description histologique, auront observé comment les parties qui sont en proie à la dégénérescence colloïde, sont toujours entourées par une zone dans laquelle on peut observer des altérations plus profondes des fibres de collagène et élastiques. Ces altérations, progressivement plus importantes et plus graves, à mesure qu'on va de la périphérie vers le centre de la zone malade, culminent par l'apparition des masses de substance colloïde. Celles-ci, par leur manière même de se comporter au point de vue coloration (c'est-à-dire d'avoir avec quelques méthodes de coloration de l'affinité pour les substances colorantes du collagène, et avec d'autres, pour celles colorant les fibres élastiques et leurs produits de dégénération) démontrent leur provenance de l'un et de l'autre type de tissu conjonctif, *lato sensu* ; outre cela, comme Bosellini l'avait déjà observé, la grande gamme des variations de couleurs, que par une méthode unique de coloration, les masses dégénérées peuvent présenter, sert à indiquer, ici, la prédominance du collagène, là, de l'élastine, dans la production du colloïde.

Pour l'identification des produits de dégénérescence qui précèdent la formation du colloïde nous devons nous baser, d'une façon toute spéciale, sur les réactions colorantes proposées par Unna. En s'en rapportant à celles-ci (voir spécialement 4-5) et aux colorations de Martinotti au bleu-Victoria (7), ces produits dégénératifs, et tout spécialement l'épaisse bande de tissu dégénéré, comprise entre le colloïde et le conjonctif sous-épidermique, seraient attribuables spécialement à la collastine.

Il nous faut noter à ce propos que la classification de ces diffé-

rents produits dégénératifs, telle qu'elle a été proposée par Unna et acceptée après lui par les autres auteurs, doit être considérée comme un peu artificielle : il doit être question probablement de stades différents d'un type unique de processus dégénératifs qui passent de l'un à l'autre. La dernière phase de ce processus serait justement à rechercher dans la dite dégénérescence colloïde.

Aussi Unna dans son *Histochemie der Haut* (1928) ne parle que de l'élacine, ne mentionnant pas la collacine ni la collastine. Il ne me semble pas soutenable que le pseudo-milium colloïde, puisse représenter histologiquement une hyalinose pure et simple du tissu conjonctif dermique. Et cela, peut-être, plus à cause de l'aspect des masses dégénérées, que pour leur manière de réagir aux réactions colorantes, qui donnent à cet égard, des résultats quelque peu discordants.

Par exemple, avec le Van Gieson, le colloïde semble avoir plus d'affinités pour l'acide picrique, que pour la fuchsine, à la différence de ce qui arrive pour l'hyaline ; mais l'affirmation de Ernst, qu'il soit possible avec cette méthode d'établir une différenciation entre les deux substances, n'a point été considérée comme soutenable, ni par Van Kahlden ni par d'autres auteurs.

La coloration de Pianese, qui, dans le cas de Jäger est positive, pour la dégénérescence hyaline, n'a donné aucun résultat sûr dans notre cas.

La méthode de Russel qui, en nous montrant les masses dégénérées colorées en rouge, semblerait en prouver la nature hyaline, colore de la même manière aussi un colloïde typique, comme, par exemple celui sécrété par la glande thyroïde.

Les rapports entre l'amyloïde et l'hyaline conjonctive (selon Lubarsch, cette dernière substance ne serait qu'un état intermédiaire dans la production de la première) n'ont pu être confirmés dans notre cas. Les zones rares et petites de métachromasie observées autour des masses dégénérées dans les préparations colorées avec le violet de gentiane, constituent un résultat trop mince, pour pouvoir en tirer des conclusions ; d'autant plus qu'on se souvient que cette coloration n'est pas d'une manière absolue spécifique de la substance amyloïde. Une théorie originale, qui pourtant doit encore être confirmée, est celle de Kreibich sur les dégénérescences du tissu conjonctif dermique.

Selon cet auteur on ne pourrait pas arriver — même dans les phases les plus avancées — à une fusion entre les produits de dérivation collagène et ceux de dérivation élastique ; les premiers passeraient par les phases de collagène normal, collagène basophile, et substance hyaline, tandis que les seconds seraient représentés par l'élastine, l'élacine et le colloïde. Ce dernier, par conséquence, se formerait exclusivement des fibres élastiques et à leurs dépens, et cela, non par une tuméfaction ou une homogénéisation des fibres, mais par le dépôt, tout autour de chacune de celle-ci, d'une substance néoformée, mais provenant de celles-ci. La fusion avec le collagène serait au contraire, simulée par des simples faits d'apposition. La dégénérescence lipoïdée que Kreibich aurait souvent observée dans le colloïde, se formerait justement aux dépens du noyau central d'élastine présent dans les masses colloïdes mêmes. Les recherches de Kreibich, faites non seulement avec les méthodes communes de coloration histologique, mais aussi avec des moyens d'observation physique (éclairage latéral, examen à la lumière polarisée) ont été pratiquées sur des lésions pathologiques de différente nature, parmi lesquelles le pseudo-milium colloïde, n'était pas compris.

Il n'est pas nécessaire de répéter ici les raisons pour lesquelles, — au moins en ce qui regarde cette dernière forme de dermatose — on attribue à la dégénérescence colloïde soit une origine collagène, soit une origine élastique. Quant à la présence de substances lipoïdiques dans l'intérieur des masses en dégénérescence, il n'a pas été possible, dans notre cas, de la démontrer.

Une particularité histopathologique que nous avons pu noter et qui est digne d'être mentionnée, est la présence, çà et là, de faits dégénératifs dans les cellules épidermiques. J'ai dit comment déjà Bosellini, et après lui Hyde et Hartzell avaient décrit des faits analogues. Bosellini parle d'une vraie et propre pénétration de la masse colloïde dans les espaces intercellulaires. Les cellules malpighiennes en seraient repoussées latéralement, comprimées et atrophiées. Quelques-unes de ces cellules semblent subir une homogénéisation de leur protoplasme et de leur noyau, comme si elles eussent été imbibées par la substance colloïde (Bosellini).

Dans mes coupes, il n'a pas été possible de constater dans aucun point, de façon tout à fait sûre, cette pénétration de la masse col-

loïde dans l'épiderme. Je serais, pour cela — en me basant sur mes observations — porté à attribuer l'état de souffrance et de dégénérescence de quelques éléments de l'épiderme même, — qui en quelques endroits présente des caractères de vraie hyalinose — à la simple compression — avec pour conséquence un insuffisant afflux de matériel nutritif — exercée par la substance colloïde.

Qu'il puisse pourtant y avoir une vraie et propre pénétration des masses dégénérées, dans l'épiderme, est un fait qui résulte aussi des descriptions histologiques de Balzer (cas Besnier), dans lesquelles nous trouvons déjà une première mention de l'observation qui sera reprise et complétée par les auteurs déjà cités.

Voici, textuellement, l'exposé de Balzer :

« En quelques points seulement un petit nombre de cellules du corps muqueux sont vésiculaires, mais il est difficile de savoir si le liquide qu'elles contiennent est colloïde ou simplement muqueux... Il faut noter un amincissement très remarquable de l'épiderme manifestement produit par la compression... Pourtant il est rare de voir les masses colloïdes en contact immédiat avec le corps muqueux ; elles en sont presque séparées par une mince bandelette de tissu conjonctif... ce n'est qu'au niveau des masses colloïdes les plus volumineuses que cette bandelette disparaît et qu'il semble y avoir continuité entre elles et les corps muqueux ».

Dans mon cas il m'a été possible de voir, dans plus d'un endroit, la mince zone de tissu conjonctif, dont parle Balzer, faire hernie, et s'effilocher dans l'épiderme ; c'est là un phénomène, dont s'est tout spécialement occupé Lombardo, qui comme déjà Zieler et Unna, dans le pseudo-milium colloïde et précédemment dans d'autres processus, avait pu observer ce fait quand, pour une cause quelconque l'état d'équilibre entre l'épiderme et le tissu conjonctif dermique était troublé.

Dignes de remarque, dans notre cas, sont les altérations des follicules, évidemment produites par la compression exercée latéralement par les masses colloïdes. Chaque follicule en vient ainsi à se trouver comprimé par les masses colloïdes qui l'entourent, tout en restant, d'habitude, séparé de celles-ci par une bandelette de tissu conjonctif, en partie dégénérée, en partie saine (et cela dans la zone qui est en contact direct avec le follicule) en reproduisant ainsi ce qui arrive entre le colloïde et l'épiderme.

Les altérations du follicule se manifestent ainsi généralement par des symptômes de dégénérescence et çà et là par des signes d'une vraie et propre hyalinose des éléments cellulaires, surtout au niveau du col, et avec dilatation de la partie du follicule, qui se trouve directement au-dessous de ce col. Cette dilatation peut parvenir pour quelqu'un d'eux, jusqu'à la production de milii, ou mieux (à cause de la profondeur de ces formations, de leur contenu, riche en matière grasse et en formations dégénérées, plus qu'en substances cornées) à de vrais et propres athéromes ou kystes de rétention.

La dégénérescence des éléments cellulaires du follicule avec les caractéristiques que j'ai décrites, avait été jusqu'à aujourd'hui observée seulement par Jäger. Nous n'avons pas pu constater les cellules spéciales de type macrophage pluri- ou mononuclées décrites par Bizzozzero qui les a interprétées comme cellules endothéliales survivant à la destruction des vaisseaux (et Jäger, qui aussi les observa, accepte cette hypothèse) et par Ketron qui les interpréta comme macrophages.

Le travail de Bosellini ajouta des éléments nouveaux de jugement aussi sur l'autre point en discussion, c'est-à-dire sur l'étiologie de la dermatose que nous examinons. En décrivant deux cas typiques de cette affection, observés sur deux frères, l'un de 12 et l'autre de 9 ans, et qui ne s'étaient pas exposés plus que d'ordinaire aux agents atmosphériques, il a pu démontrer, que tout ce qui avait été jusqu'alors soutenu en complet accord par tous les auteurs était faux, savoir que dans le pseudo-milium colloïde il s'agissait de faits dégénératifs attribuables à des lésions de sénilité cutanée dans le sens plus large de ce mot.

Bosellini, au contraire, émit l'hypothèse qu'il s'agissait d'une dermatose de nature dystrophique, quelquefois de nature familiale. Les observations successives relativement nombreuses de cas de pseudo-milium colloïde sur des sujets jeunes (Lombardo, Jäger, Arnold, etc.) confirment cette hypothèse.

Les différences dans la structure histopathologique, la rareté de cette affection, son aspect clinique, suffiraient à faire comprendre combien justement on a voulu séparer cette entité morbide des phénomènes de sénilité plus ou moins accentués. Il faut aussi observer que les différences qui existent — au point de vue morphologique-clinique — entre les cas de pseudo-milium colloïde

juvénile (confronter les photographies des cas Bosellini et de Lombardo) et ceux de la même affection en âge adulte ou avancé (voir par exemple le cas de Milian et le mien) doivent être attribuées aux plus grand relief et au plus grandes dimensions que les lésions typiques du pseudo-milium colloïde prennent en se développant sur une peau déjà altérée par le processus de sénilité.

On ne peut pourtant pas nier que dans la plus grande partie des observations recueillies jusqu'ici il s'agissait de sujets d'âge déjà avancé, et soumis, à cause de leur activité professionnelle, à l'action intense des agents atmosphériques.

Or tant dans celle-ci, que dans une autre affection qui histopathologiquement évolue aussi vers la dégénérescence colloïde dermique, — et qui a été décrite par Jadassohn sous le nom de *Cutis rhomboidalis nuchæ*, — l'action de la lumière, de la chaleur et des agents atmosphériques en général, doivent être certainement considérés comme des facteurs coadjuvants.

On peut attribuer la même valeur aussi aux éventuels produits de rechange altérés, qui dans un milieu cutané constitutionnellement dystrophique, favoriseraient l'apparition des lésions.

Ce mécanisme endogène dans la genèse des produits de dégénérescence cutanée, a été tout spécialement affirmé par Kyrle et c'est dans ce sens qu'il faudra orienter dorénavant, les recherches pour approfondir, si cela est possible, d'une façon encore plus complète, l'étiologie du pseudo-milium colloïde.

Il nous est difficile de dire quelle valeur il faut attribuer, dans notre cas, à la légère hypercholestérinémie. Si on pouvait, dans cette affection, démontrer constamment des états dyscrasiques et auto-toxiques, on pourrait aussi donner la raison de la céphalée qui dans notre cas (comme dans le cas de Wagner et de Besnier — vertiges, tête lourde etc., dans le cas Lombardo) — s'unit aux manifestations cutanées ; céphalée qui dans le cas de notre malade ne peut pas être attribuée à la lues par ses caractères et par sa résistance au traitement spécifique.

Bibliographie

Arnold (A. C.). — A case of colloid milium. *Med. Journ. of Australia*, I, 241, 1928.

Arzt (L.). — Zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXVIII, 465, 1914.

Arzt (L.). — Zur Kenntnis des « Pseudo-milium Colloïdale ». *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXVIII, 785, 1914.
Besnier (E.). — Sur un cas de dégénérescence colloïde du derme, affection non décrite, non dénommée ou improprement dénommée Colloid-Milium. *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 1879, n° 41, et *Ann. de Derm.*, X, 461, 1879-1880.
Bizzozero (E.). — Ueber eine Klinische ganz eigenartige form von Pseudo-Colloidmilium. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, XCV, 35, 1909.
Bosellini (P. L.) — Sur deux cas de Pseudo-milium colloide familial. *Ann. de Derm.*, IV-VII, 751, 1906.
Bosellini (P. L.). — Pseudoxanthoma elasticum. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, XCV, 3, 1909.
Clark. — A case for diagnosis. *Arch. of Derm. a. Syph.*, VI, 379, 1922.
Davies (I. H. I.). — Papular swellings on eyelids and forehead; colloïd milium. *Proc. of the roy. soc. of med.*, XX, 75, 1927.
Engmann. — A case for diagnosis. *Arch. of Derm. a. Syph.*, XVIII, 459, 1928.
Fukai (A.). — Ueber das Kolloidmilium. *Acta dermatol.*, XI, 123, 1928.
Feulard. — Nouveau cas de dégénérescence colloïde du derme. Balzer : Examen histologique. *Ann. de Derm.*, II, 6, 342, 1885).
Gans (O.). — Histologie der Hautkrankheiten. Berlin. *Springer*, 1928.
Greenbaum (I. S.). — Colloid acne. Is colloid acne a form of colloid milium? *Arch. of Derm. a. Syph.*, VIII, 416, 1923.
Greenwood. — Colloid degeneration of the skin. *Arch. of Derm. a. Syph.*, XIII, 421, 1926.
Gilchrist. — Colloid or hyalin degeneration of the skin. *Arch. of Derm. a. Syph.*, I, 106, 1920.
Hartzell (M. B.). — Colloid degeneration of the skin with report of a case of so-called Colloid milium. *Journ. of cut. Dis.*, XXXII, 683, 1914.
Jaeger (F.). — So called colloid Degeneration of the skin. *Arch. of Derm. a. Syph.*, XII, 629, 1925.
Iuliusberg (F.). — Ueber « Colloide Degeneration » der Haut speciell in Granulations- und Narbengewebe. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXI, 175, 1902.
Ketron (L. W.). — A case of colloid degeneration of the skin with an unusual histological feature. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, XXIX, 163, 1918.
Kissmeyer (A.) et Witt (C.). — Clinical and histological studies on the pathological changes in the elastic tissues of the skin. *The Brit. Joarn. of derm.*, XXXIV, 175, 1922.
Kreibich (K.). — Ueber Bindegewebsdegeneration. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXXX, 535, 1931.
Kyrle (I.). — Vorlesungen ueber Histo-Biologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen. I. Springer, Berlin, 1925.
Labadie (I.). — A case for diagnosis. *Arch. of Derm. a. Syph.*, XX, 526, 1929.
La Mensa (N.). — Sulla degenerazione colloide delle fibre elastiche del derma (Milium colloid di Wagner). *Giorn. It. mal. ven.*, XXXIV, 197, 1899.
Lombardo (C.). — Contributo allo studio del pseudo-milio colloide. *Giorn. It. mal. ven.*, LIV, 64, 1913.
Macleod (I. M. H.), Wigley (I. E. M.) et Muende (I.). — Notes on a case of

colloid degeneration of the skin (colloid-milium). *Brit. Journ. of derm.*, XLIV, 257, 1932.
MILIAN (G.). — Pseudo-milium Colloïde, plus exactement conjonctivomes à dégénérescence hyaline. *Ann. de Derm.*, VI, 423, 1916-1917.
MOOK (W. A.). — A case of colloid degeneration of the skin. *Arch. of Derm. a. Syph.*, XI, 709, 1925.
NAVARRO MARTIN (A.) et AGUILERA (C.). — [Ein Fall von sehr grossen Kolloid-milium]. *Actas dermosifiliogr.*, XXII, 728, 1930.
PELLIZZARI (C.). — Pseudo-milio colloide. *Gior. It. mal. ven.*, XXXIII, 692, 1898.
PINEDA et SANZ DE GRADO. — [Ein Fall von Kolloidem Pseudo-milium]. *Riv. espan. de urol. y dermat.*, XXVIII, 239, 1926. *Zbl. f. Hautkrankh.*, XXXIII, 790, 1927.
PIORKOWSKI (F.). — Cutis rhomboidalis nuchæ mit kolloider Degeneration. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CL, 375, 1926.
REIZENSTEIN (A.) — Ueber die Altersveranderungen der elastichen Fasern in der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, XVIII, 1, 1894.
RUEDEMANN (R. jr). — A hyaloma (pseudo-colloid milium or colloidoma ulcerosum ?) simulating morpheiform epithelioma. *Arch. of Derm. a. Syph.*, V, 591, 1922.
SPITZER (R.). — Fall von Colloid-milium. *Schles. derm. Ges.*, Breslau, XXIX, 6, 1921. *Zbl. f. Haut-Krankh.*, II, 425, 1921.
TRIMBLE. — Colloid-milium. *Journal of cut. dis.*, XXXVII, 410, 1919.
WERTHER. — *Versamml. mitteldtsch Dermatologen.* Magdeburg, XII, 5, 1926; *Zbl. f. Hautkrankh.*, XXII, 629, 1927.
WHITE (C. I.) — Colloid degeneration of the skin. *Journal of cut. dis.*, XX, 49, 1902.
WILE. — Colloid degeneration. *Arch. of Dermat. a. Syph.*, XV, 361, 1927.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Chancre mou du doigt, par P. Blum et E. Lortat-Jacob. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 9, septembre 1933, p. 668, 2 fig.

Intéressante observation de chancre mou du doigt dont le diagnostic fut fait avant l'apparition de l'adénopathie et dont la guérison fut obtenue par de simples cautérisations quotidiennes au chlorure de zinc au 1/5e. H. Rabeau.

Statistique et épidémiologie de la syphilis (Etude critique), par Carle. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 9, septembre 1933, p. 660.

Une statistique vaut par son interprétation. Il ne faut donc point s'étonner de la quantité plus grande de ces maladies vénériennes dans les villes fortement réglementées, encore moins en tirer argument contre la réglementation. Le fait est la conséquence logique d'une bonne organisation qui laisse échapper le moins possible de malades, en appuyant les procédés moraux et sanitaires d'un rappel plus énergique s'il en est besoin. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Recherches sur les propriétés hémolytiques du liquide céphalo-rachidien, par Alda Rivela Greco. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 3, septembre 1933, p. 265.

In vitro, le tissu nerveux, dans des conditions de température déterminées, maintenu dans le liquide céphalo-rachidien est désagrégé et

détruit dans l'espace de 36 heures à 40 heures. Ce processus n'a pas lieu si le liquide est préalablement chauffé à 60-70°. Le cours de ce processus neurolytique peut aussi être changé par des modifications apportées au liquide céphalo-rachidien (adjonction de substances chimiques, ultra-filtration, etc.). La pilocarpine ne modifie pas le liquide céphalo-rachidien. Le vieillissement, par contre, entraîne une auto-inactivation de ce liquide : les processus sont probablement de nature diastasique imputables à la présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'éléments dérivés du métabolisme cellulaire du tissu nerveux.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Manifestations cutanées d'allure infectieuse consécutives aux injections de sels d'or, par A. Laporte. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 39, 30 septembre 1933, p. 620.

A l'hôpital Claude Bernard, L. a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de malades atteints d'éruptions rappelant plus ou moins une rougeole, une rubéole, surtout une scarlatine. Il n'y a aucun élément dermatologique capable de faire individualiser avec certitude les érythèmes auriques. La saillie des macules, leur coloration intense, leur prédominance à la face et aux extrémités, l'accompagnement de prurit, de bouffissure du visage ne constituent que des présomptions en faveur de l'érythème aurique. L'exanthème, la stomatite peuvent être des éléments de plus grande valeur diagnostique. La notion d'injection d'un sel d'or, quelle qu'en soit la dose, est le meilleur argument. La grande érythrodermie aurique, aiguë, fébrile, généralisée, présente un tableau très spécial de diagnostic facile. Par contre, il est difficile de prévoir les accidents. La recherche du prurit, de la fièvre, d'un érythème localisé, de diarrhée lors d'une précédente injection, la constatation d'une éosinophilie sanguine devront faire redouter des accidents, et commandent la plus grande prudence dans la poursuite du traitement.

H. Rabeau.

Presse médicale (Paris).

Contribution au pronostic de la lymphogranulomatose maligne par rapport aux 80 cas observés, par I. Goia. *Presse médicale*, 41e année, n° 71, 6 septembre 1933, p. 1380.

Le traitement radiothérapique a modifié heureusement le pronostic rapidement fatal de la lymphogranulomatose maligne. G. apporte une

statistique personnelle de 80 cas traités depuis 1920 ; il montre leur évolution, et quels éléments pronostics on peut tirer de l'étude des manifestations viscérales, de la fièvre, de l'examen hématologique.

H. RABEAU.

L'auto-ouro-thérapie, par H. JAUSION, R. GIARD et S. MARTINAUD. *Presse médicale*, 41e année, n° 76, 23 septembre 1933, p. 1467.

On sait que cette méthode, proposée par Jausion en 1929, consiste dans la réinjection de l'urine fraîche du malade additionnée de petites quantités de phénosalyl ou d'alcool iodé, injections faites dans le muscle à doses progressives, allant de 1/2 à 5 centimètres cubes, espacées de 2 jours, par séries de 10 injections.

C'est le résultat de sa pratique et les indications de la méthode qu'il résume ici. 456 sujets atteints d'affections diverses, 342 furent guéris, 75 améliorés ; 39 individus n'ont eu aucun bénéfice réel de la méthode. Les indications :

1° les maladies dites de sensibilisation ;

2° les troubles endocrino-végétatifs, cure auto-hormonale ; indications seulement esquissées maintenant, mais dont le nombre semble devoir s'accroître à mesure que la méthode sera plus largement expérimentée.

H. RABEAU.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Urticaire par le froid, par HÉLION POVOA. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 5, mai 1933, p 354.

L'urticaire *a frigore* est considéré par quelques auteurs comme une « vaso-névrose » des organes sensoriels du froid. D'autres le rattachent à une toxicodermie due à la formation, sous l'influence du froid, d'une substance présentant des caractères physiologiques identiques à ceux de l'histamine. La plupart admettent qu'il s'agit d'une éruption allergique. H. P. se range à cette dernière explication.

Il fait remarquer que l'hypothèse d'un trouble toxique cutané, aboutissant à la formation d'une *clasogénine* provocatrice, s'harmonise difficilement avec l'interprétation donnée par l'École de Widal au phénomène de choc, beaucoup plus physico-chimique que chimique.

Il apporte deux observations dans lesquelles la réalité d'un choc produit par le froid est établie par une épreuve hémoclasique positive.

J. MARGAROT.

Bruxelles Médical.

L'influence du traumatisme sur les localisations nerveuses de la syphilis, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 44, 3 septembre 1933, p. 1264.

Courte revue générale de la question. Un traumatisme ne peut pas créer le tabès, mais peut le révéler ou l'aggraver. A titre de rareté, un traumatisme semble pouvoir créer une paralysie générale, *a fortiori* l'aggraver ou la révéler. D'autres formes nerveuses peuvent aussi résulter du traumatisme. Hormis le tabès, le traumatisme « responsable » peut avoir précédé la contamination. En résumé, « un traumatisme » peut être cause de diverses formes de syphilis méningo-cérébrales, que le traumatisme ait été antérieur ou postérieur à la contamination. H. Rabeau.

Les accidents buccaux des traitements de la syphilis, par Frison. *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 44, 3 septembre 1933, p. 1380.

Dans cette revue générale, F. insiste sur l'importance d'un traitement prophylactique appliqué précocement, et sur la nécessité d'une liaison étroite du syphiligraphe et du stomatologiste.

H. Rabeau.

La syphilis gastrique, par Guy Laroche. *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 45, 10 septembre 1933, p. 1295.

La syphilis gastrique passe pour assez rare, mais comme l'écrivait Hayem, on la trouvera d'autant plus qu'on la cherchera mieux. Elle revêt les formes de gastrite chronique syphilitique tertiaire, d'ulcères syphilitiques, elle simule parfois le cancer. L. montre les caractères particuliers et les diverses formes, la valeur très relative des tests sérologiques, l'importance de l'épreuve d'un traitement bien conduit, et contrôlé par des examens radiologiques. Parmi les médicaments habituels, il insiste sur l'action remarquable et souvent trop oubliée de l'iodure de K à la dose de 4 à 8 grammes par 24 heures.

H. Rabeau.

Syphilis et pian, par G. Mattlet *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 46, 17 septembre 1933, p. 1337.

La clinique et l'épidémiologie séparent nettement ces deux affections et on peut les considérer comme des entités morbides. Néanmoins, il semble qu'il y ait une certaine immunité de groupe, sans qu'on puisse encore apporter d'argument décisif dans ce sens. H. Rabeau.

Syphilis et pian, par D. B. Blacklock. *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 46, 17 septembre 1933, p. 1343.

Reprenant les arguments de Van Nitsen, B. ne les trouve pas convaincants, et pas suffisants pour affirmer la dualité. Le problème du

pian et de la syphilis est loin d'être résolu ; il serait regrettable que les chercheurs prennent une attitude définitive sur ce sujet.

H. Rabeau.

Du rôle de la syphilis dans la pathologie hépatique, par N. Fiessinger et F. P. Merklen. *Bruxelles Médical,* 13e année, n° 47, 24 septembre 1933, p. 1377.

Excellente revue critique du rôle de la syphilis, de la part qui lui revient dans les affections hépatiques. Si, pour certaines altérations, le rôle du tréponème est indiscutable (foie silex de l'hérédo-syphilis, hépatite scléro-gommeuse de l'adulte), pour d'autres, son rôle est diversement apprécié et difficile à déterminer. En particulier pour les ictères banaux, les cirrhoses, le fait du tréponème doit être restreint, le plus souvent incertain, certainement très accessoire dans le déterminisme de ces affections hépatiques.

H. Rabeau.

Lyon Médical.

Contribution à létude des l'ésions nerveuses du zona, par Bériel, Mermet et Masson. *Lyon Médical,* t. CLII, 65e année, 10 septembre 1933, p. 283.

Femme atteinte d'un zona intercostal, morte en pleine éruption cutanée, d'un cancer de l'estomac. L'examen histologique a prouvé l'existence d'un processus neuro-myélitique inflammatoire diffus et superficiel.

Jean Lacassagne.

Un cas de lèpre autochtone, par J. Gaté, Devic, Michel et Chapuis. *Lyon Médical,* t. CLII, 65e année, 24 septembre 1933, p. 334.

Malade atteinte de maladie de Hansen, n'ayant jamais quitté la France et s'étant contaminée au contact de sa sœur qu'elle a soignée durant de longs mois et qui présentait une lèpre tuberculo-ulcéreuse (examen bactériologique confirmatif). Cette sœur, qui vient de mourir à l'hospice du Perron, n'avait également jamais quitté la France et n'avait été apparemment en contact avec aucun lépreux.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Lésions anatomo-pathologiques dans l'exfoliation de la peau des nouveau-nés spécialement dans la maladie de Ritter (Pathologisch-anatomische Veränderungen bei allgemeiner Exfoliation der Haut bei Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Ritterschen Krankheit), par Fred. Weidman et Robert L. Gilmon. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXIII, cah. 3, 1933, p. 491, 9 figures.

Observations avec examens anatomo-pathologiques de deux cas de maladie de Ritter chez deux enfants âgés de huit et quinze jours. Les auteurs comparent leurs observations avec celles publiées par d'autres. Ils n'ont constaté d'autres lésions viscérales qu'une lipoïde

hypoplasie des surrénales et une hyperplasie du thymus. Une fibrose irrégulièrement distribuée (du pancréas, de la rate, du côlon et des ganglions mésentériques) constatée dans un cas fit penser à une maladie grave antérieure à la naissance, et ayant pu avoir une influence sur l'état de la peau. Les auteurs attirent l'attention sur l'état normal de la peau du front et du cuir chevelu dans leurs deux cas et se demandent si cela est un phénomène constant dans la maladie de Ritter. Les lésions cutanées ne sont pas considérées par W. et G. comme inflammatoires ni comme une variété de l'*impetigo contagiosa*. Vu la gravité des lésions viscérales, les auteurs n'admettent pas comme origine de la maladie de Ritter des processus lytiques mais des lésions infectieuses de la muqueuse buccale. OLGA ELIASCHEFF.

L'ichtyose congénitale partim sanata (Die Ichtyosis congenita partim sanata), par SIEMENS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 514, 7 figures.

L'auteur ajoute à deux observations déjà publiées une nouvelle sur une forme de l'ichtyose dénommée par lui *Ichtyosis congenita partim sanata*. Elle se distingue de l'ichtyose vulgaire par sa localisation : la moitié inférieure de la face, ainsi que la face d'extension des bras et quelques endroits du tronc sont épargnés. On trouve une kératose des aisselles, de la nuque, de l'abdomen et du dos ; le cuir chevelu est couvert de squames, tantôt pityriasiformes, tantôt psoriasiformes ou ressemblant à une teigne amiantacée. La variabilité dans l'intensité de la desquamation semble caractéristique de cette forme d'ichtyose.

OLGA ELIASCHEFF.

Examens anatomiques du cerveau dans le pemphigus (Gehirnanatomische Untersuchungen bei Pemphigusfällen), par BÉLA HECHST. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 522, 2 figures.

L'auteur apporte les examens anatomo-pathologiques du système nerveux de 5 malades morts de pemphigus. On constata dans ces cas des lésions de dégénérescence diffuse du système nerveux, principalement du télencéphale. Les éléments ectodermiques sont plus atteints que ceux du médoserme. Les lésions centrales ne se distinguent en rien de celles constatées dans tous les processus toxiques ; ce caractère non spécifique des lésions et aussi leur localisation parlent contre une genèse centrale du pemphigus. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le traitement de la sclérodermie et de l'acrodermatite chronique atrophique par le thorium X (Degea) (Avec observations sur le traitement des lésions tardives dues aux rayons de Rœntgen) (Zur Behandlung von Sclerodermie und Acrodermatitis chronica atrophicans mit Thorium X (Degea) (Mit Bemerkungen über die Therapie von Rœntgenspätschæden), par STEPHAN EPSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 533.

Le traitement de la sclérodermie en plaques par le thorium X a été recommandé en 1916 par Br. Bloch et plusieurs auteurs ont constaté de bons résultats. E. apporte les résultats obtenus par ce traitement à la clinique de Breslau dans 12 cas de sclérodermie en plaques et 6 cas de sclérodermie en bandes. Tous ces malades furent soit guéris, soit améliorés. De grandes améliorations aussi ont été obtenues dans 2 cas de sclérodermie diffuse, dans 7 cas d'acrodermatite chronique atrophique et dans 2 cas de poïkilodermie. On n'a pas constaté de lésions dues au thorium X chez des malades traités pour des radiodermatites tardives. OLGA ELIASCHEFF.

Sclérodermie en coup de sabre avec zone d'ostéoporose dans l'os frontal ou hémiatrophie faciale ? (Sclerodermie en coup de sabre mit osteoporotischer Zone im Stirnbein oder Hemiatrophia faciei?), par WILLY PICK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 550.

Observation d'un cas de sclérodermie en coup de sabre chez un homme de 44 ans ; début de la lésion à l'âge de 15 ans. Régression partielle de la sclérodermie par atrophie. La radiographie montra une ostéoporose partielle de l'os frontal. Le sujet présentait des troubles des glandes endocrines : obésité, goitre, tachycardie, hétérochromie de l'iris, un seuil élevé de la glycémie. Discussion sur le diagnostic différentiel avec l'hémiatrophie faciale. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'identité clinique de la tuberculose cutanée colliquative et de l'actinomycose (Ueber klinische Identitat von Kolliquativer Hauttuberkulose und Aktinomykose), par H. G. BODE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 550.

Observation d'un malade atteint cliniquement d'une tuberculose disséminée typique (lésions ulcéreuses cutanées et, d'après l'examen clinique, tuberculose pulmonaire ancienne sans bacilles). La mort survint malgré un traitement approprié. On trouva à l'autopsie une actinomycose du cœur, du poumon gauche et du rein gauche. Toutes les lésions cutanées étaient aussi de nature actinomycosique. Le foyer trouvé dans les poumons a été considéré comme la lésion primitive, les autres foyers de la peau, du cœur et du rein comme des métastases constituées par voie sanguine. OLGA ELIASCHEFF.

Sarcoïde de Bœck — Lupus pernio — et lésions pulmonaires (Bœcksches Sarcoïd — Lupus pernio — und Lungenbeteiligung), par CARL FRIEDRICH FUNK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 560, 7 figures.

Observations très détaillées de quatre cas de sarcoïdes de Bœck avec lésions pulmonaires et d'un cas de sarcoïdes (cliniquement et histologiquement) de la peau et de la muqueuse du voile du palais, combinées avec un lupus pernio du nez, de la tuberculose des ganglions lymphatiques et une tuberculose miliaire des poumons. L'auteur

considère la sarcoïde comme une maladie qui peut se localiser dans les différents systèmes organiques, peut attaquer plusieurs organes à la fois (la peau, les os, les muscles, les yeux, les ganglions lymphatiques, les poumons, la rate, le foie, les reins, les testicules, etc.), ou un seul organe. D'après les cas de F., il existe des différences fondamentales entre les lésions pulmonaires : lésions isolées des poumons ou une dissémination par voie sanguine de petits foyers rappelant, à la radiologie, la granulie. La localisation extra-pulmonaire de la tuberculose : l'iritis tuberculeuse, la sarcoïde cutanée de Bœck et la tuberculose miliaire chronique, très probablement hématogène, des poumons (forme constatée en 1926) parlent en faveur d'une étiologie lupoïde-allergique. Olga Eliascheff.

Communication préliminaire sur une réaction intradermique pour le diagnostic de la lèpre (Vorläufige Mitteilung über eine Intracutanreaktion zur Lepradiagnose), par P. Montañes. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 578.

L'auteur utilise une émulsion pure de *Mycobacterium leprae* pour des réactions intradermiques dans le diagnostic de la lèpre. Cette émulsion est obtenue en partant de lépromes de malades non traités ; elle est employée diluée à 10 o/o et injectée à la face interne de l'avant-bras, près du pli du coude, à la dose de 20 centigrammes.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la streptotrichose cutanée (Zur Frage der Streptotrichose der Haut), par Chatschaturjan, Galitzkakaja, Sutejew et Utenkaw. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 585, 5 figures.

Observations et examens bactériologiques et mycologiques de trois cas de streptotrichose cutanée, dont un avec examen histologique. Les auteurs concluent : la streptotrichose cutanée peut se développer comme maladie indépendante ; l'aspect clinique rappelle la tuberculose et quelques dermatomycoses. Il est difficile de diagnostiquer le parasite dans le pus, parce que le mycélium du champignon se transforme soit en cocci, soit en bacilles (mutation). Il est aussi difficile d'isoler le champignon ; pour obtenir une culture pure, de nombreux ensemencements sur le milieu de Sabouraud sont nécessaires. Inoculé aux animaux, le champignon produit une bactériémie prolongée, l'apparition d'une grande quantité de cellules basophiles, de phagocytes et une poïkilocytose. Le streptothrix peut présenter différents stades de développement qui peuvent être indépendants et imiter la forme de microbes proches des bactéries comme, par exemple, des cocci. Les formes de mutation possèdent des propriétés biologiques à part qui ne concordent pas complètement avec la culture primitive du champignon.

Olga Eliascheff.

Sur l'action du solganol et du néosalvarsan dans l'infection non naturelle (Ueber die Wirkung von Solganal und Neosalvarsan bei unnatürlicher Infektion), par Richard Wagner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 595.

Travail expérimental sur l'action du solganol et du néosalvarsan dans l'infection « non naturelle » (cette dénomination désigne l'infection par un agent qui n'est pas pathogène pour l'animal utilisé pour l'expérience). Le solganol et le néosalvarsan introduits dans l'organisme de la poule agissent très bien sur la spriochétose des poules ; ces médicaments ont le même effet contre le spirochète *recurrens* chez la souris. Mais si l'on reproduit chez la souris une infection « non naturelle » avec le *spirocheta gallinarum*, le solganol n'a aucune influence sur le parasite, le néosalvarsan agit à peine. Ce phénomène paradoxal s'explique de la façon suivante : l'action chimiothérapeutique est basée non seulement sur l'échange de l'influence du médicament et du parasite, mais il faut encore l'action de l'organisme. Les parasites doivent donc produire une irritation et cette irritation n'est produite que chez les animaux pour lesquels l'agent provocateur est pathogène. Olga Eliascheff.

Etudes sur la surcharge en sucre et sur la détermination de la diastase sanguine dans les maladies cutanées (Studien über Zuckerbelastung und Diastasebestimmung im Blut bei Hautkrankheiten), par G. A. Rostet, Berta Ottenstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 602, 7 figures.

Les auteurs apportent les résultats de leurs recherches sur la glycémie et la détermination de la diastase sanguine dans les maladies cutanées. Ils ont constaté dans le prurigo, dans plus d'un quart des cas, des courbes pathologiques de la glycémie. Il semble aussi exister assez fréquemment des troubles de la glycémie dans l'eczéma, l'urticaire, les pyodermies (formes cutanées et sous-cutanées), le psoriasis. Des troubles analogues sont plus rares dans le prurit, la dermite toxique, dans la *dermatopathia cyanotica*, dans l'acné, etc.

Olga Eliascheff.

Sur l'action thérapeutique des exanthèmes produits par le salvarsan (Ueber den therapeutischen Einfluss der durch Salvarsan bedingten Exantheme), par E. Sonnenberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 625, 1 figure.

Observation d'une érythrodermie généralisée après 0 gr. 45 de néosalvarsan ; aucun traitement pendant deux ans (le Bordet-Wassermann est positif). Au bout de ce temps, on injecte 0 gr. 075 de néosalvarsan. Apparition d'une érythrodermie généralisée 24 heures après l'injection. Le Bordet-Wassermann reste positif. L'érythrodermie guérie, on fait une injection de bismuth ; apparition d'une nouvelle érythrodermie qui dure 5 semaines. La réaction de Bordet-Wassermann faite à

la guérison est complètement négative. L'auteur est d'avis que ce sont les lésions inflammatoires répétées de la peau qui ont agi sur la réaction.

OLGA ELIASCHEFF.

Une nouvelle méthode de transmission passive au cobaye de l'hypersensibilité (Eine neue Methode der passiven Uebertragung einer Ueberempfindlichkeit auf Meerschweinchen), par WOLFGANG LEHMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 634, 4 figures.

L'auteur décrit une méthode de transmission passive d'anticorps aux cobayes dans les états allergiques. Cette méthode consiste dans l'ultrafiltration du sérum des allergiques. Après une injection intrapéritonéale des composés de ce sérum, on fait, 24 heures après, une injection intradermique de l'allergène sur le dos des cobayes. La transmission passive des anticorps a été obtenue par cette méthode dans trois cas de dermatite post-salvarsanique, dans trois cas d'eczéma allergique, dans un cas d'idiosyncrasie vis-à-vis du poisson et aussi dans l'urticaire due au froid. Il n'a pas été possible de mettre l'anticorps en évidence dans l'ultra-filtrat (dans 6 cas). Des résultats obtenus, on peut conclure que l'anticorps est lié à la partie albumineuse du sérum.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la trombidiose (Ueber Thrombidiosis), par S. FUSS et R. HANSER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1933, p. 644, 3 figures.

Description de la biologie, de la distribution géographique du *Thrombicula autumnalis* (dénommé à tort *Leptus autumnalis*), des lésions produites par cette larve avec observations personnelles et recherches expérimentales. Examens histologiques des coupes : le parasite est localisé sur la peau et, en perforant cette dernière, il dépose dans la couche épidermique sa sécrétion qui produit une hyperémie et une hémorragie. La thrombidiose n'est pas identique à la dermite des champs.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les cheveux tordus (Trichokinesis [Riecke], Pili torti [Galewsky], Twisted hairs, Pili torti, Trichotortosis [Ronchese]) (Ueber gedrehte Haare), par EUGEN GALEWSKY *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 659, 7 figures.

L'auteur a publié deux cas de cheveux tordus, lésions excessivement rares (il n'existe que 5 publications sur cette maladie). Il s'agissait d'enfants en bas âge dont les cheveux blonds se signalaient par une teinte brillante ; on constata à la loupe des parties tordues. Les cheveux contenaient de la moelle seulement par places et en très petite quantité et des traces de pigment. Ils présentaient 5-6 épaississements moniliformes et des amincissements qui n'étaient que des torsions. Une grande amélioration fut obtenue par l'huile soufrée et salicylée.

L'étiologie de cette affection est inconnue. Ces cheveux apparaissent soit à la naissance, soit après la première année de la vie et peuvent même apparaître plus tard. Ils n'appartiennent pas aux *pili* monolifor-

mes, mais ont une certaine ressemblance ou parenté dans l'aspect clinique avec ces derniers. OLGA ELIASCHEFF.

Psoriasis hémorragique (Psoriasis hæmorraghica), par FRANZ WIRZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 667, 1 figure.

Observation d'un psoriasis hémorragique, cas très rare.
OLGA ELIASCHEFF.

Formes atypiques des lésions dues au Trichophyton rosaceum et à l'Achorion Quinckeanum (Kératoses palmaires, lésions superficielles épidermophytoïdes) (Atypische Formen von Erkrankungen durch Trichophyton rosaceum und Achorion Quinckeanum (Palmarkeratosen, oberflächliche epidermophytieähnliche Veränderungen), par P. W. SCHMIDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 671, 6 figures.

L'auteur a observé, à côté de lésions phlegmoneuses et superficielles dues au *Trichophyton rosaceum* des formes atypiques : des kératoses palmaires qui ne se rencontrent que chez les paysans et qui sont associées à des trichophyties des ongles, parfois aussi à de petits foyers épidermophytoïdes du corps. A côté de ces lésions, S. constata aussi des lésions étendues épidermophytoïdes du tronc et des membres combinées avec une trichophytie des ongles, très difficilement guérissables ; des lésions sous forme de dermite du tronc et des membres cliniquement non caractéristiques d'une mycose, ainsi que des épidermophyties atypiques des organes génitaux.

L'auteur a, en outre, observé des lésions superficielles dues à l'*Achorion quinckeanum*, sous forme de kératoses palmaires et plantaires, des dermites chroniques étendues à la suite d'une hypersensibilité de la peau vis-à-vis des médicaments. Le champignon se conserve longtemps dans ces lésions cutanées. OLGA ELIASCHEFF.

Athéromes syringomateux (Syringeale atherome), par J. R. PRAKKEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 939, 4 figures.

Descriptions clinique et histologique de 3 cas d'*atheromatosis scroti*. A l'examen histologique, on constata dans quelques kystes une communication ouverte ou fermée avec l'épiderme et aussi avec les conduits excréteurs des glandes sudoripares. Le contenu est composé en majeure partie de lamelles cornées, de cholestérine et dans un cas d'un peu de graisse. Il faut considérer ces kystes comme des tumeurs bénignes formées des ébauches des conduits excréteurs des glandes sudoripares. L'auteur propose pour ces kystes la dénomination « athéromes syringomateux », vu leur ressemblance avec les syringomes (hydradénomes éruptifs). OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'histologie de l'urticaire pigmentaire (Zur Histologie des Urticaria pigmentosa), par WERNER JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 704, 2 figures.

Examen histologique d'une papule *irritée* et *non irritée* d'urticaire pigmentaire ; l'auteur constata dans la lésion *non irritée* une hyperpigmentation et une forte infiltration du derme. L'infiltrat se composait de lymphocytes, de cellules conjonctives et de nombreuses mastzellen ; absence presque totale de leucocytes.

Papule irritée : même infiltrat, mais à côté des cellules mentionnées ci-dessus se trouvaient de très nombreux polynucléaires intra- et périvasculaires, parmi lesquels beaucoup de cellules éosinophiles. L'irritation d'une papule d'urticaire pigmentaire produit la formation d'une leucocytose intra- et extra-vasculaire avec de très nombreuses cellules éosinophiles. L'auteur fait ressortir la valeur de l'analogie qui existe histologiquement dans la structure de la papule de l'urticaire pigmentaire et celle de la papule urticarienne.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'embolie médicamenteuse artérielle de la peau (par le bismuth) (Zur Kenntnis der Embolia cutis arterialis medicamentosa (bismutica), par J. Merenlender. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 708, 3 figures.

Observation de trois cas d'embolie artérielle dus au bismuth (injections d'iode-Bi-quinine). Dans le premier cas, les foyers d'embolie étaient éloignés du point d'injection. Le dépôt de bismuth et sa résorption furent démontrés radiologiquement. L'embolie apparut dans un cas après la première injection, dans l'autre cas après la deuxième ; il ne s'agissait donc pas d'une sclérose péri-artérielle. Le cours de la maladie fut assez bénin, pas de nécrose. Malgré toutes les précautions connues, il est souvent impossible d'éviter cette embolie (72 cas publiés).

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du pseudo-xanthome élastique (Darier) avec lésions pigmentées linéaires du fond de l'œil (Zur Kasuistik des Pseudo-xanthoma elasticum (Darier) mit Pigmentstreifenerkrankung des Augenhintergrundes), par K. Haack et E. Minder. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 3, 1933, p. 717, 9 figures.

L'auteur apporte l'observation d'un cas de pseudo-xanthome élastique du cou avec lésions linéaires, pigmentées, du fond de l'œil. Des cas analogues ont été publiés par Groenblad-Strandberg, Marchesani-Wirz, Poos et Hartung-Kranz. Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Toxicodermie ressemblant à un pityriasis rosé et guérissant avec pigmentation et pityriasis rosé avec pigmentation (Pityriasis rosea-ähnliche, unter Pigmentation abheilende Toxicodermien und Pityriasis rosea cum pigmentatione), par C. Moncorps. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 35, 2 septembre 1933, p. 1283, 4 figures.

Le pityriasis rosé, par ses caractères cliniques, est en général facile

à reconnaître. Mais il est parfois très difficile de le séparer des éruptions toxiques qui le simulent. M. rappelle les quelques cas déjà publiés par Oppenheim, Bruhns et Kiess. Ces toxicodermies se rencontrent pendant ou après les cures arsenicales ou auriques. M. en rapporte une observation : une jeune femme syphilitique tertiaire subit 3 cures arséno-bismuthées ; lors de la première cure, prurit généralisé sans lésion cutanée ; à la deuxième cure, reprise du prurit, puis apparition d'un pityriasis rosé ; 1 mois après, commence la troisième cure, à ce moment, le pityriasis rosé est à peu près guéri ; au cours du traitement, de nouveaux éléments semblables à ceux du pityriasis reparaissent, le prurit s'exaspère, puis les premiers éléments guéris se pigmentent. Cette pigmentation s'étend, mais au tronc seulement ; enfin, à la pigmentation s'ajoute de l'hyperkératose. Il s'agit là évidemment d'une mélanose arsenicale. M. ne résoud pas le problème : pityriasis rosé provoqué par l'arsenic — ou par l'or — ou bien éruption toxique simulant le pityriasis rosé. Mais il conclut que l'apparition d'une éruption à type pityriasis rosé commande une extrême prudence au cours d'un traitement par l'arsenic ou l'or.

La deuxième observation concerne une fillette de 6 ans qui présente un pityriasis rosé typique. Elle est traitée d'abord par des poudrages infructueux au dialon, puis par le mitigal. L'éruption guérit, mais bientôt commence une pigmentation qui, peu à peu, se généralise, sans altérations de la peau. Le dialon contient du plomb. Grâce au soufre du mitigal, il s'est produit une résorption, puis une transformation du plomb, en sulfure de plomb, noir, qui s'est accumulé dans la peau. Il s'agit d'une imprégnation et non d'une pigmentation. Cette incompatibilité de plomb et de soufre avait été déjà signalée par Unna et Golodetz ; ils l'ont confirmée expérimentalement chez des malades atteints de pityriasis rosé par l'emploi succesif d'un emplâtre diachylon et d'une pommade soufrée, qui a produit immédiatement une pigmentation noire. L. Chatellier.

Les photographies infra-rouges en dermatologie (« Infrarotes » Photographieren in der Dermatologie), par H. Haxthausen. *Dermatologische Wochenschrift.*, t. XCVII, n° 35, 23 septembre 1933, p. 1289, 8 figures.

Par l'emploi de plaques dites « infra-rouges » (c'est-à-dire rendues sensibles aux rayons rouges visibles et invisibles), H. a obtenu des clichés particulièrement démonstratifs dans nombre de dermatoses et d'états où le réseau veineux est développé ou enflammé (lactation, grossesse, eczéma, varices, ulcères variqueux). Le réseau veineux se dessine avec une singulière intensité, que l'œil nu ne mesure pas. Les lésions superficielles comme le psoriasis ne « rendent » pas, au contraire.

L. Chatellier.

Oblitération des hémorroïdes par la glycérine phéniquée (Verœdung der Hämorhoiden durch Karbolglyzerin), par H. Zann *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 36, 9 septembre 1933, p. 1320.

L'injection de glycérine phéniquée à 50-80 o/o, préconisée d'abord par Mitchell il y a 50 ans, a trouvé depuis de nombreux partisans. Voici la technique suivie par Z. Après une purge suivie d'un bain de siège, le malade, préalablement examiné avec soin, est placé en position genu-pectorale ; il écarte lui-même les fesses et pousse. Dans les nodules hémorroïdaires ainsi extériorisés, on plante une aiguille fine, puis on injecte une division de la seringue ; l'aiguille, dans chaque nodule, est maniée dans tous les sens : la quantité totale injectée est de o cc. 4-o cc. 5. Éviter d'injecter trop près de la muqueuse. L'anesthésie locale préalable est inutile, grâce aux propriétés analgésiantes de l'acide phénique et de la glycérine.

Il y a peu ou pas de suites à l'injection. On peut répéter l'injection au bout de 8-15 jours. La grossesse est la seule contre-indication. Les complications, rares, se limitent à des douleurs que calment des bains de siège ou une pommade, à des ulcérations qui guérissent bien et vite.

L. Chatellier.

Onyxis et paronyxis dues aux champignons type « levure ». Leur signification pathogénique (Onychie und Paronychie durch Pilze vom Typus « yeast-like ». Ihre pathogenetische Bedeutung), par E. Tarantelli. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XVCII, nos 36 et 37, 9 et 16 septembre 1933, pp. 1311 et 1346, 9 figures.

Le terme de levure désigne les champignons dont la reproduction se fait par bourgeonnement. L'extension de ce groupe, en pathologie, varie avec les auteurs ; son autonomie botanique est mal établie encore. Après avoir rappelé ces données, T. reproduit la classification clinique de Mac Leod : éruptions interdigitales à type dyshidrose, paronyxis suppurée, onyxis, lésions type perlèche, lésions des muqueuses et demi-muqueuses, qu'il rapproche de celle de Bloch. Puis il rapporte 6 observations où les lésions du pli péri-unguéal et de l'ongle se traduisent par des petits placards de desquamation du repli péri-unguéal, par son gonflement, par des déformations variées de la lame cornée (stries, dépressions, épaississement, friabilité, usure). La culture, l'intradermo-réaction à la levurine, montrent qu'il s'agit bien de lésions par levures. *Monilia albicans, Monilia onychophila Nannizzi, Monilia Fioccoi.*

Il est difficile de démontrer le pouvoir pathogène, parce qu'on trouve ces levures même sur peau saine, que leur virulence est faible, que l'inoculation à l'animal réussit difficilement et enfin parce que les lésions sont trop superficielles pour déterminer des modifications humorales. La localisation sur l'ongle et le repli péri-unguéal est favorisée par la présence ou l'intervention de divers facteurs, en particulier par des microbes. Dans les lésions vraiment levuraires, les *Monilia* sont les

seuls micro-organismes qui s'y trouvent ; l'on a pu reproduire chez l'homme des lésions identiques ; les réactions d'immunité sont de constatation certaine, bien qu'elles soient souvent modérées ; enfin, le traitement local antiseptique guérit les lésions unguéales ou péri-unguéales. D'après ses propres constatations, T. retrace l'étiologie et la symptomatologie de l'affection. Le diagnostic s'affirme par la coloration du parasite (Gram, Giemsa) et surtout par la culture qui permet de différencier les formes voisines. Le meilleur traitement est constitué par le liquide de Lugol et l'alcool iodé. L. CHATELLIER.

La cause des lésions du sphincter vésical chez la femme (Die Ursache der Sphincter-Veränderungen bei Frauen), par R. FRÜHWALD *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 37, 16 septembre 1933, p. 1339.

De ses nombreux examens (397 femmes, 1.611 endoscopies), F. conclut que la cause la plus fréquente des lésions sphinctériennes est la blennorragie. Ensuite viennent la grossesse, plus rarement la menstruation ; en dernière ligne, les inflammations chroniques ou les stases, qu'elles soient mécaniques ou infectieuses. L. CHATELLIER.

Le traitement cardiotonique prophylactique et systématique dans les pyrétothérapies (Zur systematischen Herzprophylaxe bei Fieberkuren), par H. FONROBERT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 37, 16 septembre 1933, p. 1343.

A titre prophylactique, F. a employé systématiquement la scille marine chez tous les malades soumis à la pyrétothérapie ; il n'a plus eu à déplorer de complications cardio-vasculaires. Ayant traité, de même, 40 blennorragies compliquées, il pense que ce traitement prophylactique trouve une indication dans toutes les pyrexies aussi bien avant qu'après toute opération. L. CHATELLIER.

Recherches capillaro-microscopiques (Kapillarmikroskopische Untersuchungen. I Mitt.), par S. BOMMER *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 38, 23 septembre 1933, p. 1367, 8 fig.

La diète de Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer améliore notablement les radiodermites ; B., dans un travail antérieur, a déjà étudié les lésions par rayons X des lupiques. Il s'attache maintenant à l'étude, dans un cas de radiodermite étendue chez un eczémateux, du système capillaire après application du régime de Gerson légèrement modifié par la mesure exacte du sel grâce au titrosalz, par la restriction de la viande et du lait, par la suppression du thé et du café. Bientôt disparurent le prurit, la consistance dure et les adhérences profondes de la peau, qui reprit sa mollesse et sa souplesse. Les télangiectasies diminuèrent ; le microscope capillaire constata la régression des vaisseaux télangiectasiés et la formation de nouveaux vaisseaux à paroi ferme.

L. CHATELLIER.

Modification du pouvoir d'inflammation de la peau par la cholestérine et la lécithine (Beeinflussung der Entzündungsbereitschaft der Haut durch Cholesterin und Lezithin), par W. Erdmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 38, 23 septembre 1933, p. 1372.

Entre la cholestérine et la lécithine, il y a un antagonisme qui ne se limite pas à quelques cellules, mais qui s'étend à l'organisme entier après l'ingestion, à la peau en particulier.

Comme Na, d'une part, Ca, Mg et K d'autre part, la lécithine renforce, de façon modérée du reste, le pouvoir d'inflammation de la peau ; la cholestérine l'abaisse. Ce fait s'explique par les modifications provoquées dans la perméabilité des cellules périphériques de la peau, partant d'une altération de leur sensibilité aux excitations.

L. Chatellier.

Identité des diverses inclusions nucléaires basophiles (Die Gleichartigkeit verschiedener basophiler Kerneinschlüsse), par T. Wlassics. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 38, 23 septembre 1933, p. 1376, 29 fig.

Les inclusions nucléaires basophiles ont été décrites dans plusieurs affections cutanées : dans le psoriasis où Lipschütz les a signalées sous le nom de « noyaux malades », dans les verrues vulgaires et dans les papillomes. Dans ces deux dernières affections, on a signalé leurs différentes formes et leur évolution. Ces divers aspects ont un caractère commun : la basophilie, avec des variations dans leur diamètre, leur siège dans la cellule ou dans l'épiderme. W. en fait une étude détaillée, appuyée de documents photographiques. Il conclut : les inclusions basophiles doivent être considérées comme des produits acidophiles de réaction ou de dégénération, qui ne sont pas spécifiques de l'une ou de l'autre des dermatoses où on les rencontre ; ces inclusions représentent le processus réactionnel des cellules à diverses altérations ou excitations, comme l'on voit la peau réagir de la même façon à des irritations variées.

L. Chatellier.

Recherches capillaro-microscopiques (2e mémoire : Vues stéréoscopiques capillaires de la peau) (Kapillarmikroskopische Untersuchungen. II. Mitteilung. Stereoskopische Kapillaraufnahmen an der Haut), par S. Bommer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 39, 30 septembre 1933, p. 1395, 4 fig.

Les photographies stéréoscopiques capillaires donnent des renseignements beaucoup plus précis, plus complets et plus intéressants que les photographies monoculaires. L'appareil de Drüner (Stereoskopkamera de Leitz) donne, à cet égard, toute satisfaction.

L. Chatellier.

Sur la pathogénie de l'alopécie en aires (Ueber die Pathogenese der Alopecia areata), par M. Monacelli et V. Montesano. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 39, 30 septembre 1933, p. 1399.

Les auteurs ont étudié l'état du système neuro-végétatif de la peau

chez les sujets atteints de pelade. Ils ont employé divers procédés d'investigation : le dermographisme provoqué pour connaître le tonus neuro-végétatif local ; les réactions au traumatisme grâce à des scarifications épidermiques pratiquées à la lancette à bout mousse ; les épreuves pharmaco-dynamiques, à l'adrénaline (vaso-constriction), à la caféine (vaso-dilatation) et à la morphine (action lymphagogue), après scarifications dermiques. Des 7 cas rapportés, ils concluent qu'il existe dans la pelade une dystonie du système sympathique. Cette dystonie se traduit par une modification constante (exagération de l'ischémie) des réactions vaso-motrices. Il existe aussi une diminution de la sensibilité à la douleur des zones malades. Cette sensibilité, selon toute vraisemblance, appartient à la sphère de la sensibilité sympathique. Elle peut donc s'inscrire dans les signes de dystonie neuro-végétative, avec les réactions vaso-motrices qu'elle accompagne.

L. Chatellier.

Contribution au diagnostic par la culture des types du bacille tuberculeux (Beitrag zur kulturellen Typendiagnose der Tuberkelbazillus), par O. Kirchner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, 30 septembre 1933, p. 1406.

La culture du bacille tuberculeux, en partant d'un matériel d'ensemencement non stérile, est devenue une méthode usuelle dans les laboratoires grâce au procédé de Löwenstein-Hohn et au milieu à l'œuf. Mais cela n'est vrai que pour le bacille humain. La culture du bacille bovin se réussit mal et irrégulièrement sur les milieux à l'œuf, où il pousse du reste tardivement. Aussi, les tuberculoses de l'homme par le bacille bovin échappent-elles en grande partie à la culture. Cependant, le rôle de ce bacille est certain, malgré les divergences entre les résultats obtenus. Ainsi, Br. Mollers admet que sur 25 cas de tuberculose cutanée, le bacille bovin intervient dans 48 o/o des cas ; dans 300 cas de tuberculose des ganglions cervicaux ou axillaires, dans 40,33 o/o ; sur 125 lupus, 22,8 o/o de bacille bovin ; pour Griffith, sur 168 lupiques, 52,4 o/o de bacille bovin.

Aussi K. estime-t-il nécessaire de faciliter la culture de ce bacille. Il emploie un milieu solide (milieu à l'œuf) et deux milieux liquides : l'un (Min-As-Ser) qui contient un milieu minéral synthétique avec asparagine (abréviation : Min-As) et du sérum (abréviation : Ser) ; l'autre, un milieu désigné par Sy-Ser, qui ne se différencie de Minasser que par l'addition, au milieu minéral synthétique (Sy), de glycérine (Ser désignant le sérum). Si sur les trois milieux (à l'œuf, Minasser, Syser), il y a culture au bout de 3 semaines, il s'agit de bacille humain. Si, au bout de 3 semaines, seul Minasser donne des cultures, et au bout de 7 semaines, le milieu à l'œuf en montre aussi, tandis que Syser reste stérile, il s'agit de bacille bovin. Il est parfois nécessaire de recourir néanmoins à la méthode classique de la virulence pour le lapin, afin de confirmer les résultats. L. Chatellier.

Acrostalagmus cinnabarinus Corda trouvé dans un cas de trichophytie profonde (Acrostalagmus cinnabarinus Corda gezüchtet aus einem klinishe als Tricophytia profunda ercheinenden Falle), par D. Olah. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 39, 30 septembre 1933, p. 1408, 4 fig.

Acrostalagmus cinnabarinus, décrit par Corda en 1838 à Prague sur des pommes de terre pourries, a été depuis retrouvé fréquemment dans la nature sur les plantes ou comme saprophyte. Les observations de Tedeschi et de Martinotti sont les seuls cas où *Acrostalagmus* ait été pathogène (dans le premier cas, abcès du poitrail d'une jument ; dans le deuxième, trichophytie du cuir chevelu chez un paysan des environs de Bologne). Le malade de O. présenta une trichophytie profonde de la barbe. Sur maltose-agar, au bout de 9 jours, culture duveteuse, plate, lisse, cireuse, avec rayons, qui devient progressivement rose-rouge ; en vieillissant, le centre prend une couleur rouge brique, cependant que la culture se décompose en cercles concentriques de teintes variées. Au bout de 4 semaines, apparaissent des houppes en étoiles à caractère pléomorphique. A la périphérie, la couleur passe au jaune ; le bord de la culture est incolore. En goutte pendante, au troisième jour, filaments épais, courts, granuleux, et mycélium en raquette. Dans les cultures plus vieilles, on voit des conidiophores, tantôt ramifiés, tantôt simples, portant à leur extrémité une ou deux, plus rarement plusieurs spores de 2-6 μ. Toutes les inoculations à l'animal sont restées négatives.

L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur la cause de l'eczéma professionnel des boulangers (Weitere klinische und tierexperimentelle Untersuchungen über die Ursache der Berufsekzeme bei Bäckern), par E. Zitke *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 4/5, septembre 1933, p. 209, 5 fig.

Z. continue ses recherches sur l'eczéma des boulangers. Au lieu d'employer la méthode intradermique, Z. utilise cette fois la méthode du lambeau, imbibé avec les différentes substances chimiques employées dans l'amélioration du pain. Les résultats obtenus ne diffèrent pas sensiblement des précédents. La méthode du lambeau paraît cependant plus appropriée, à condition d'employer des concentrations assez fortes. L'origine des farines ne modifie pas les résultats. Z. maintient ses conclusions que l'eczéma des boulangers est, dans la grande majorité des cas, une dermatose allergique. Un grand nombre de ces eczémateux ont une réaction positive au persulfate d'ammonium, qui est le composé le plus important des améliorants du pain.

Pour appuyer ses constatations, Z. a essayé de sensibiliser l'animal au persulfate d'ammonium et de potassium, par applications répétées de ces substances incorporées à de la vaseline. 25 sur 28 cobayes ont été ainsi sensibilisés. Cette sensibilisation s'étend du point enduit à tout le

territoire cutané. Le temps d'incubation est de 12-30 jours ; tardive ou précoce, la sensibilisation est sensiblement égale. La réaction allergique chez l'animal sensibilisé se produit 1-2 jours après l'onction déchaînante ; elle se traduit par des lésions d'eczéma. Donc, le persulfate d'ammonium ou de potassium jouissent de propriétés sensibilisantes ; il joue un rôle certain dans l'eczéma des boulangers.

L. CHATELLIER.

Pityriasis rubra pilaire généralisé se présentant comme une érythrodermie figurée (Pityriasis rubra pilaris generalisata unter demBilde eine figurierten Erythrodermien), par K. BEINTEMA et J. JANSON *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 4/5, septembre 1933, p. 222, 5 fig.

Chez une jeune fille de 18 ans, évolue depuis 1 an et demi une éruption squameuse qui débuta sans rougeur sur la face, s'étendit aux cuisses, puis à tout le corps, pour prendre enfin l'aspect d'une érythrodermie figurée. En outre, la malade présente des plaques d'hyperkératose des paumes, des genoux, des plantes, des ongles. Sur les avant-bras et les jambes, sous les squames, on trouve de l'hyperkératose folliculaire. L'examen histologique confirme l'hyperkératose folliculaire et cutanée, avec parties parakératosiques ; l'infiltrat dermique est modéré ; dans les régions squameuses, il n'y a que de la parakératose. Cliniquement et histologiquement, *pityriasis rubra* pilaire. La malade est améliorée par l'ingestion de magnésie et par une pommade de magnésie à 10-20 0/0. L. CHATELLIER.

Sur la pathogénie des dermites par le Salvarsan et leur prophylaxie (Zur Pathogenese der Salvarsan-Hautschäden und deren Verhütung), par K. SCHREINER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 4/5, septembre 1933, p. 230.

Les accidents cutanés du salvarsan se divisent en : complexe symptomatique angio-neurotique, exanthème salvarsanique fixe, exanthème généralisé fugace, dermite chronique.

Il arrive que ces divers accidents soient associés. S. passe en revue les arguments qui permettent de ranger ces accidents dans le groupe des réactions allergiques : apparition après une période assez longue où le malade se sensibilise, rôle antigénique certain de As, enfin les réactions cutanées (intradermo-réaction, épidermo-réaction) et la transmission passive. En effet, chez 150 individus, les épreuves cutanées sont négatives 148 fois ; 2 fois, il y a eu une réaction tardive. Au contraire, sur les sujets présentant ou ayant présenté des accidents cutanés, S. a obtenu 18 fois sur 20 des réactions positives ; l'une des deux réactions négatives s'est produite chez un malade guéri de son érythrodermie. Ces résultats confirment donc la nature allergique de ces accidents. De plus, on sait que les épreuves intradermiques développent chez le sujet sain une sensibilisation au salvarsan. Les réactions doivent être recherchées avec des solutions concentrées de sal-

varsan ou de néosalvarsan. De même, S. a réussi, après d'autres, à obtenir la transmission passive (9 fois sur 15 malades). Les épreuves cutanées, difficiles à réaliser et à interpréter, permettent néanmoins de prévoir et de découvrir les sensibilisations acquises après ou pendant un traitement, qu'elles soient limitées à un ou à tous les composés arsenicaux. Reste à savoir si l'on peut désensibiliser les malades.

L. Chatellier.

Sur l'épidermolyse bulleuse héréditaire dystrophique (Zur Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica), par J. Zoon et J. Penning. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f 4/5, septembre 1933, p. 244.

L'épidermolyse bulleuse héréditaire, dans sa forme dystrophique (bulles profondes suivies de cicatrices) a été considérée par Siemens comme une affection héréditaire, à caractère récessif ; dans les antécédents des malades, on retrouve constamment la consanguinité des parents. Les trois observations des auteurs concernent deux familles où l'on constate en effet cette consanguinité. L. Chatellier.

Sur l'influence des pyocoques sur le psoriaris vulgaire (Ueber den Einfluss der Pyokokken-infektion auf die Psoriasis vulgaris), par L. Woronoff. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 4/5, septembre 1933, p. 253.

Il est de constatation courante que les pyodermites sont rares chez les psoriasiques. Les squames sont du reste très pauvres en microbes. Samberger pense que la peau du psoriasique ne peut répondre à toute excitation que par des papules squameuses. L'impétigo ne se développe chez les psoriasiques que pendant les périodes de moindre intensité de la diathèse parakératosique. De ses observations personnelles, W. conclut au contraire qu'il y a antagonisme entre le psoriasis et les pyodermites. Ainsi, il a vu disparaître un psoriasis après un furoncle ; de même, la pyodermite, quand elle se développe sur une peau psoriasique, envahit non seulement les régions saines, mais les éléments psoriasiques eux-mêmes (*P. suppurativa* de V. Zumbusch) ; ils deviennent croûteux par exsudations profondes ; ils se transforment même en pustule. Cette transformation des papules sèches du psoriasis peut se produire à distance du foyer infecté. De la pyodermite, résulte la régression du psoriasis, dans certains cas, sa disparition. W. a constaté cette influence curatrice 7 fois sur 10 psoriasis.

L. Chatellier.

Une endémie familiale d'érythème noueux (Eine Familien-Endemie von Erythema nodosum), par L Rotnes. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 4/5, septembre 1933, p. 259.

Chez 4 sœurs, 2 adultes et 2 enfants, habitant la même maison, se déclare en 5 semaines un érythème noueux, précédé de peu ou pas de prodromes. Chez toutes, il y a une vive sensibilité à la tuberculine. L'exploration radiologique montre chez les deux enfants une lésion pulmonaire vraisemblablement récente ; chez les deux adultes, elle est

négative. Chez l'une des adultes et l'une des enfants présentaient, peu avant l'éruption, un Pirquet négatif et une image radiologique pulmonaire normale. Aucune réaction ganglionnaire antérieure ; pas d'antécédents rhumatismaux. Le mari d'une des sœurs avait habité, peu auparavant, avec elles ; il contamine 3 autres enfants avant de mourir. Ces faits prouvent que l'érythème, chez les 4 malades, est de même nature, que la tuberculose est une « condition *sine quâ non* » de son apparition ; que cet érythème tuberculeux ne se différencie en rien de l'érythème noueux idiopathique. Enfin, il paraît bien que l'adulte peut, comme l'enfant, présenter un érythème noueux tuberculeux.

L. CHATELLIER.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Vasoallergie ou vasopathie comme cause de l'urticaire par le froid, par la chaleur et la pression ? Contribution à la pathogénie et au traitement des allergies soi-disant physiques de la peau (Vasoallergie oder Vasopathie als Ursache von Kalte, Warme- und Druckurtikaria ? Ein Beitrag zur Pathogenèse und Therapie der sogenannten physikalischen Allergien der Haut), par E. URBACH et P. FASAL. *Wiener Klinische Vochenschrift*, 46e année, nos 35 et 36, 1er et 8 septembre 1933, pp. 1068 et 1100.

De ce long et intéressant article, nous ne pouvons que reproduire les conclusions. Il n'est pas possible de faire une réponse générale à la question de savoir si les cas d'urticaire par le froid, la chaleur et la pression dépendent d'une vaso-allergie ou d'une vasopathie. Mais il importe, pour chaque cas, de faire des recherches cliniques et expérimentales. Pour les cas que les auteurs ont étudié, il n'y a pas semblé exister une pathogénie allergique spécifique. Le terme d'allergie physique a dû être abandonné ; mieux appropriée, la désignation de vasoneuropathie d'origine physique.

Le traitement doit, avant tout, s'efforcer de découvrir et d'éliminer les facteurs prédisposants, qui aboutissent aux réactions vasculaires pathologiques. Puis il convient de déterminer l'augmentation de tolérance possible à l'agent physique. S'agit-il alors d'une désensibilisation en tant que phénomène d'immunité spécifique ou d'une hypoergie non spécifique, on ne saurait, pour le moment, le dire. Cette dernière hypothèse est la meilleure, comme le montre l'action vasculaire non spécifique de l'eggophédrine, du sympathol, de l'éphétonine et du calcium. Bibliographie.

L. CHATELLIER.

Sur la clinique des épidermophyties (Zur Klinik der Epidermophytien), par A. MATRAS. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 36, 8 septembre 1933, p. 1089.

Sous le nom d'épidermophytie, on désigne un groupe de dermatomycoses, causées par les épidermophytons. Ces champignons ne frappent jamais les poils et sont strictement des parasites de l'épiderme. Ils sont peu ou pathogènes pour l'animal.

A ce groupe appartiennent l'eczéma marginé de Hebra (épidermophitie inguinale de Sabouraud) et les mycoses intertrigineuses et dyshidrosiformes (champignon de Kauffmann-Wolf-Schramek ou épidermophytie interdigitale de Priestley). Aux mycoses interdigitales, s'ajoute la forme décrite par Miescher sous le nom de dyshidrose lamelleuse sèche. Les localisations aux pieds peuvent s'accompagner de manifestations à distance causées par l'invasion hématogène du parasite ou de ses toxines : ce sont les épidermophytides. A. rejette cette conception pour les cas où les réactions à la trichophytine sont négatives (1/3 des cas) ; il admet alors la contamination directe exogène. Du reste, les exanthèmes, au cours de l'épidermophytie de Kauffmann-Wolf, sont rares et ne se rencontrent que chez les jeunes sujets. Leur allure clinique est très variée (lésions lichénoïdes, dyshidrosiformes, vésico-pustuleuses ou papulo-pustuleuses). Le diagnostic de ces lésions se fait par les réactions à la trichophytine et la découverte du parasite dans le sang circulant ou même dans les efflorescences elles-mêmes. Il existe aussi des lésions unguéales en tous points comparables à celles des trichophytons. L. Chatellier.

Maladies leucémiques de la peau (Leukämische Erkrankungen der Haut), par L. Arzt. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 37, 15 septembre 1937, p. 1125.

Revue générale où l'auteur classe et différencie les diverses manifestations cutanées au cours des leucémies aiguës, et surtout chroniques (lymphoïdes et myéloïdes), les unes non spécifiques (leucémides d'Audry, dermatoses d'acompagnement de Pinkus), les autres spécifiques histologiquement (exanthèmes leucémiques, tumeurs leucémiques et lymphomatoses généralisées, érythrodermiques).

L. Chatellier.

Sur les brûlures dans la première enfance (Ueber Verbrennung im frühen Kindesalter), par G. Riehl Jun. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 38, 22 septembre 1933, p. 1147, 1 fig.

Les brûlures chez le nouveau-né et les très jeunes enfants (avant quatre ans) ne sont pas très fréquentes ; chez le nouveau-né, elles sont exceptionnelles.

Dans la première observation, un enfant, en naissant, tombe dans un bassin rempli d'une infusion chaude de camomille : brûlures du 3e degré sur la moitié gauche de la tête, sur le membre supérieur, la fesse gauche et la région lombaire gauche, et sur la jambe gauche. 40 o/o de la surface cutanée est brûlée, dont 20 o/o au 3e degré. L'enfant meurt au 8e jour, alors que la mort se produit normalement, pour des brûlures aussi étendues, quelques heures après l'accident. Ce fait témoigne de l'extraordinaire résistance des nouveau-nés aux toxines des brûlures et est à rapprocher de la résistance à d'autres infections, « résistance naturelle » de Reuss.

Le deuxième cas concerne une enfant de 2 ans qui, après des brûlures très graves, survit pendant 42 jours et meurt au milieu des signes d'une dénutrition intense, avec cachexie. Contrairement à ce qui s'observe chez l'adulte, les lésions du système nerveux central sont peu étendues. L. CHATELLIER.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliographia (Madrid).

Contribution à l'étude des lichens : Deux cas de lichénification nodulaire chronique circonscrite (Contribución al estudio de los liquenos : Dos casos de liquenificatión nodular crónica circunscrita), par LUIS GIAN BARBERA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliographia*, 9e année, n° 94, juillet 1933, p. 507, 4 fig

Deux observations permettent à l'auteur de se rallier à l'opinion qui sépare du lichen plan le *lichen obtusus* corné et le lichen corné hypertrophique et les rattache aux lichénifications chroniques atypiques. J. MARGAROT.

La fréquence des « phénophtaléinides » (La frecuencia de las fenolftaleinides), par HORACIO ABESCAL. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliographia*, 9e année, n° 94, juillet 1933, p. 519.

Milian et Mourrut ont publié à la Société de Dermatologie française un cas d'érythème fixe récidivant, provoqué par un laxatif à base de phénolphtaléine. Les éruptions dues à cette substance sont cliniquement semblables à celles que donne l'antipyrine. H. A. a attiré l'attention dès 1918 sur l'aspect polycyclique de l'érythème, la tendance à la formation de bulles, la pigmentation persistant après la disparition de l'éruption et la récidive sur place des éléments. Il insiste à nouveau sur la fréquence de ces accidents cutanés auxquels il a proposé de donner le nom de « phénolphtaléinides ». J. MARGAROT.

Sao Paulo Medico.

Bacille de Hansen dans la sécrétion lactée (Bacillo de Hansen na secreçáo lactea), par CID BURGOS. *Sáo Paulo Medico*, 5e année, vol. I, nos 7-8, février-mars 1933, p. 291.

Chez une femme atteinte de lèpre, les recherches bactériologiques sont négatives dans le sang et dans le mucus nasal, mais le bacille de Hensen peut être mis en évidence dans la sécrétion lactée.

J. MARGAROT.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Nouvelles observations sur l'autohémothérapie (Further observations on autohæmotherapy), par BURGESS. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, août-sept. 1933, p. 333.

B. signale que l'auto-hémothérapie, pratiquée en série dans diverses

dermatoses, lui a donné des résultats particulièrement intéressants dans le psoriasis aigu, dont 7 cas sur 8 ont été guéris en un ou deux mois, dans les dermites variqueuses avec éruption seconde généralisée (15 guérisons sur 18 cas traités), dans l'eczéma et le prurigo de Besnier.

S. Fernet.

Myxœdème circonscrit au cours d'une hyperthyroïdie (Circumscribed myxœdema associated with Graves disease), par Mc Menemey. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, août-sept. 1933, p. 350, 1 fig.

Parmi les myxœdèmes survenant au cours des hyperthyroïdies, on a décrit un myxœdème symétrique des jambes que certains auteurs ont cru devoir interpréter comme des œdèmes scléreux liés à l'insuffisance cardiaque de ces malades.

M. rejette cette interprétation et cite l'observation d'une femme de 53 ans, atteinte d'une maladie de Basedow typique sans insuffisance cardiaque et présentant symétriquement aux deux jambes des placards d'infiltration mal délimités, de coloration rosée, ne gardant pas le godet, au niveau desquels on notait des dépressions cupuliformes correspondant aux follicules pileux et des zones anémiques fixes d'un centimètre de diamètre environ.

Étant donné la fréquence des sclérodermies au cours de la maladie de Basedow et la ressemblance de ces placards avec ceux des sclérodermies commençantes, M. se demande si ces myxœdèmes circonscrits ne sont pas des débuts de sclérodermies destinées à se généraliser ultérieurement.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Courte revue sur la pyréto-thérapie de la neuro-syphilis (A brief review of fever therapy in neuro-syphilis), par Beckman. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, nº 3, sept. 1933, p. 309.

Revue générale et mise au point étayée sur l'observation personnelle et sur une vaste bibliographie.

La méthode actuellement adoptée est l'injection de 2 à 10 centimètres cubes de sang total d'un malade atteint de fièvre tierce. Le sang peut être prélevé pendant ou en dehors des accès. Il n'y a pas lieu d'hésiter à injecter du sang d'un tabétique à un paralytique ou inversement, car on n'a jamais rapporté de cas de surinfection dans ces conditions. Le groupe sanguin est indifférent, même lorsqu'on pratique une injection intraveineuse ; il se produit, tout au plus, un accès fébrile quelques heures après l'injection.

Quand l'injection est intraveineuse, l'incubation moyenne est de 5 jours, mais peut varier de 1 à 17 jours ; quand elle est intramusculaire, l'incubation est de 9 jours et peut varier de 3 à 20 jours ; quand elle est sous-cutanée, l'incubation est de 12 jours et peut varier de 3 à

30 jours. Quelle que soit la technique adoptée, la fréquence des succès est la même. Une seconde inoculation est quelquefois nécessaire. Dans certains établissements on transmet le paludisme par l'intermédiaire de moustiques. L'incubation est alors de 11 à 18 jours, 14 en moyenne. Ce procédé a l'avantage d'assurer une inoculation pure et d'éviter les accidents anaphylactiques.

Les passages successifs ne paraissent pas atténuer la virulence du virus. L'addition au sang défibriné d'une solution à 5 o/o de citrate de soude et de 0 cc. 2 de dextrose à 50 o/o permet de le conserver ; il a pu ainsi être expédié de Rochester à Los Angeles et à Portland et donner des inoculations positives 72 heures après son prélèvement.

Les accès du paludisme thérapeutique n'ont pas la régularité qui caractérise le paludisme naturel ; les frissons, la céphalée, les vomissements, la dyspnée, la rachialgie peuvent être d'une intensité alarmante. On peut voir de la cyanose, un pouls petit, une ascension brusque de la tension artérielle, de l'incontinence d'urine, du délire, des convulsions. Généralement, dès l'apparition des sueurs, ces symptômes disparaissent. La rate est habituellement hypertrophiée ; sa rupture spontanée est certainement plus fréquente que dans le paludisme naturel ; une grosse rate avec coma, tension abdominale et signes d'hémorragie commandent une intervention chirurgicale immédiate.

On cite, comme indications pour interrompre rapidement les accès : 1° l'augmentation de l'azotémie à 70 centigrammes ou au-dessus, même en l'absence de signes urémiques ; 2° une tension artérielle inférieure à 95 millimètres dans l'intervalle des accès ; 3° l'apparition d'un ictère ; 4° une anémie au-dessous de 2 millions ; 5° une anémie progressive associée à la disparition des accès ; 6° une diarrhée profuse avec déshydratation.

Des cas de paludisme congénital commencent à être signalés. L'influence du paludisme et de la quinine sur la grossesse n'a pas encore été très étudiée, mais il semble que l'avortement est l'exception et non la règle.

La mortalité de la malariathérapie est de 10 à 14 o/o.

Au début, on laissait évoluer 12 à 16 accès ; actuellement, on se contente de 8. Ce paludisme provoqué cède avec une rapidité surprenante à la quinine ; 0,60 de sulfate de quinine trois fois par jour pendant 3 jours, puis 0,30 trois fois par jour pendant 4 jours suffisent habituellement. Il faut continuer la quinine, s'il reste des parasites dans le sang. Chez les malades très affaiblis, on peut différer les accès en donnant des petites doses de quinine.

La réinoculation du paludisme échoue habituellement. Lorsque les accès disparaissent trop tôt et qu'il reste des parasites dans le sang, une injection de lait, de vaccin antityphique ou de sang réussit souvent à les rétablir en 24 heures.

En Angleterre, on a tendance maintenant à laisser évoluer le paludisme (au besoin, atténué par la quinine) jusqu'à l'extinction sponta-

née des accès, car on pense que la présence du parasite et de ses toxines dans le sang sont des conditions de l'efficacité de la méthode et que la fièvre n'est pas seule à intervenir.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans la paralysie générale : 30 à 40 o/o de rémissions prolongées. Des rémissions spontanées s'observant dans 10 o/o des cas, on peut dire que ce pourcentage est triplé du fait de la malariathérapie. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les résultats sont moins bons dans le tabès, la paralysie compliquée de tabès, etc. Au point de vue sérologique, la négativité du liquide céphalo-rachidien est obtenue plus souvent que celle du sang.

Il semble que la meilleure méthode thérapeutique consiste à faire, dès la cessation des accès, un traitement intensif conjugué utilisant tout l'arsenal antisyphilitique.

On a tenté de remplacer le paludisme par la fièvre récurrente ou le sodoku. La fièvre récurrente s'est montrée moins efficace, se prolonge pendant des mois et ne peut être enrayée par l'arsénobenzol comme l'est le paludisme par la quinine. Le sodoku n'a pas l'efficacité du paludisme ; il peut occasionner des complications graves ; les rémissions qu'il a permis d'obtenir ont été de courte durée.

Parmi les protéines non spécifiques, le vaccin T. A. B. donne des résultats comparables à ceux du paludisme. Il a l'avantage de ne pas conférer une nouvelle infection. On doit faire 18 à 24 injections intraveineuses tous les 2 ou 3 jours à doses progressivement croissantes (de 50 millions à 1 milliard 850 millions) suivant la tolérance du malade, mais toujours suffisantes pour donner 41° de température. On peut recommencer ce traitement après 2 mois d'interruption. C'est la méthode de choix pour le praticien malgré que les résultats en soient légèrement inférieurs à ceux de l'impaludation. La mortalité est de 2 o/o.

La pyrétothérapie par injections de soufre a l'inconvénient d'être épuisante pour le malade et d'occasionner une grande perte de poids. On injecte dans les muscles, tous les 4 à 5 jours, 1 à 2 centimètres cubes d'une solution huileuse à 1 ou 2 o/o de soufre sublimé. Le dosage est individuel comme avec le T. A. B. La durée de la fièvre est plus longue, les réactions moins violentes.

La diathermie, les bains chauds, l'air chaud, constituent des méthodes d'exception qui ne peuvent prétendre à se généraliser.

S. Fernet.

Les composés bismuthiques dans le traitement de la syphilis en activité (Bismuth compounds in the treatment of active syphilis), par Irgang, Alexander et Sala. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, no 3, sept. 1933, p 320.

Étude de 286 cas de syphilis en activité traités par des sels de bismuth. Des sels hydro-solubles, lipo-solubles et des suspensions huileuses ont été utilisées.

Au point de vue de la disparition des lésions cutanées, le tartrate double de Na et de Bi et le salicylate de Bi en suspension huileuse ont paru être les plus efficaces. Les sels solubles sont un peu plus rapidement efficaces que les sels insolubles. La voie veineuse, beaucoup plus dangereuse, ne présente aucun avantage.

L'exploration fonctionnelle du foie par les méthodes les plus sensibles montre qu'il existe une hépatite asymptomatique dans 10 o/o des cas de syphilis secondaire. Le Bi, employé à faible dose, a généralement une action favorable sur ces hépatites ; rarement, l'insuffisance hépatique augmente au cours du traitement et nécessite son interruption. C'est aussi dans 10 o/o des cas que l'on voit apparaître une légère insuffisance hépatique au cours du traitement bismuthique ; il s'agit le plus souvent d'une réaction de Herxheimer et les fonctions hépatiques se rétablissent avec la continuation du traitement. Quelquefois, la légère insuffisance hépatique persiste, mais il est exceptionnel qu'elle oblige à interrompre le traitement. Au cours des traitements intraveineux, on a constaté des hépatites légères dans 40 o/o des cas.

32 o/o des malades soumis au traitement présentaient des cylindres hyalins ou granuleux dans les urines. A la fin du traitement, leur proportion s'était légèrement élevée sans qu'aucun de ces malades ne présentât d'autres troubles rénaux.

Les injections de Bi font baisser la tension systolique chez les sujets normaux et chez les hypertendus. L'hypertension ne constitue donc pas une contre-indication au traitement, si les fonctions rénales restent normales.

Le salicylate de Bi s'est montré le plus actif pour négativer la réaction de Bordet-Wassermann du sang : 80 o/o environ des réactions positives ont été négativées.

Pour éviter les complications, on ne doit pas dépasser les doses hebdomadaires de 0,04 à 0,05 de Bi métal pour les sels hydro- et lipo-solubles (deux injections par semaine de 0,02 à 0,025). Les suspensions huileuses peuvent être injectées une fois par semaine à la dose correspondant à 0,10 de Bi métal.

Les suspensions huileuses se sont montrées préférables aux solutions. La suspension de salicylate de Bi à 10 o/o dans une huile végétale est la préparation de choix : elle a le maximum d'efficacité et d'innocuité.

S. Fernet.

La valeur diagnostique de la réaction à la luétine organique (Diagnostic value of the organic luetin reaction), par Ambler. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, no 3, sept. 1933, p. 353.

A. a pratiqué la réaction à la luétine organique (extrait du syphilome scrotal du lapin) sur 500 malades.

Il conclut de son expérience que cette réaction n'a pas une valeur diagnostique suffisante pour entrer dans la pratique courante. Il a observé quelques réactions non spécifiques. L'interprétation est souvent

difficile à cause des pseudo-réactions, surtout fréquentes chez les individus qui ont absorbé de l'iode.

Dans les syphilis latentes, cardio-vasculaires et nerveuses, où cette réaction pourrait être d'un grand secours, elle a moins de valeur que les réactions sérologiques.

Cependant, dans la syphilis cutanée tertiaire, dans la kératite interstitielle et l'iridocyclite spécifiques, A. a obtenu 100 o/o de réactions positives et 87 o/o dans la syphilis héréditaire. Il reconnaît donc que la luétine-réaction organique a une réelle valeur dans le domaine limité de la syphilis tertiaire cutanée et dans celui de la syphilis oculaire.

S. Fernet.

Amibiase cutanée (Amebiasis cutis), par Crawford. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 3, sept. 1933, p. 363.

L'amibiase cutanée s'observe le plus souvent autour de l'orifice de drainage d'un abcès du foie ou d'une appendicite. Le cas cité par C. est beaucoup plus rare. Il s'agit d'une ulcération amibienne ayant débuté à la marge de l'anus, puis étendue aux deux fesses sur des espaces de 16 à 20 centimètres de diamètre. Les bords de l'ulcère étaient irréguliers, festonnés, en raison de leur activité inégale, durs, infiltrés, très douloureux ; le fond était recouvert d'un exsudat adhérent, sale, glaireux, nécrotique, au-dessous duquel la surface était granuleuse et sanguinolente. Les zones anciennes étaient cicatricielles, fibreuses, dures, l'anus déformé et dévié.

La présence d'amibes a été constatée dans le pus prélevé sur le bord de l'ulcération et sur les coupes.

Ce cas s'est montré particulièrement rebelle au traitement : les antiseptiques locaux, les injections d'émétine ne l'ont pas modifié ; l'excision chirurgicale a été suivie de récidive. S. Fernet.

Infection extra-génitale par le virus de la lymphogranulomatose inguinale (Extragenital infection with the virus of lymphogranuloma inguinale), par Curth. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 3, sept. 1933, p. 176, 1 fig.

A la suite d'un contact infectant buccal, un malade présenta une exulcération de l'extrémité de la langue suivie d'une adénopathie cervicale. L'examen ultra-microscopique fut négatif, mais, en raison d'un Bordet-Wassermann faiblement positif, on fit des injections d'arsénobenzol et de bismuth. Malgré ce traitement, l'affection continua à évoluer. L'ulcération de la langue s'étendit sur 3 à 5 centimètres de diamètre ; elle était rouge, œdématiée, légèrement infiltrée, ses bords étaient irréguliers, le fond secrétait un pus gris jaunâtre. Il existait, à gauche, une volumineuse masse ganglionnaire sublinguale, sous-maxillaire, cervicale, profonde qui bientôt devint fluctuante et se fistulisa.

La réaction de Frei fut positive à plusieurs reprises. Par contre, on ne trouvait pas de bacilles de Ducrey. L'intradermo-réaction au Dmelcos était négative ainsi que l'inoculation au cobaye.

Après incision et drainage, les lésions ganglionnaires finirent par se cicatriser en 3 mois mais la lésion linguale persistait encore.

S. Fernet.

L'efficacité thérapeutique du Bismarsen dans la syphilis expérimentale du lapin (Therapeutic efficiency of Bismarsen in experimental syphilis in rabbits), par Raiziss et Severac. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 3, sept. 1933, p. 389.

Le Bismarsen, combinaison stable d'arsphénamine et de bismuth, paraît jouir en Amérique d'une faveur particulière. Il contient 13 à 15 o/o d'arsenic et 23 à 25 o/o de bismuth. Il se présente sous la forme d'une substance amorphe brune qui est employée en injections intramusculaires bi-hebdomadaires, en solution aqueuse, à la dose de 0,20 centigrammes, en séries de 20 injections.

R. et S. ont étudié son efficacité sur des lapins porteurs de syphilomes scrotaux. Ils constatent tout d'abord la faible toxicité du produit puisque les animaux supportent jusqu'à 500 milligrammes par kilogramme de poids. Une dose unique de 15 milligrammes par kilogramme de poids suffit pour guérir les lapins inoculés, leur guérison étant contrôlée par l'inoculation des ganglions à des animaux sains. La dose curative minima en série de 20 injections est de 3 milligrammes par kilogramme de poids alors que la dose correspondante d'arsphénamine est de 20 milligramems par voie intramusculaire et de 16 à 18 milligrammes par voie intraveineuse.

Le Bismarsen est donc aussi efficace que l'arsphénamine dans la syphilis expérimentale du lapin.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Un cas de localisation buccale du granulome ulcéreux des organes génitaux (A case of buccal localization of venereal granuloma), par Silva. *The Urologic and Cutaneous Review*, sept. 1933, p. 611, 2 fig.

Chez un homme atteint de granulome ulcéreux des organes génitaux, on constatait, en outre, des lésions buccales de même nature. Une vaste ulcération occupait la lèvre supérieure, la gencive et la portion antérieure du palais ; les bords de l'ulcération étaient nettement arrêtés, infiltrés, le fond rouge, granuleux, couvert de débris macérés ou de croûtes adhérentes. Les lésions génitales et buccales ont guéri par des injections intraveineuses de tartre stibié.

S. attire l'attention sur la ressemblance des lésions extra-génitales du granulome ulcéreux avec celles de la blastomycose, de la leishmaniose et de la syphilis.

S. Fernet.

Angiomatose et maladie de Osler (Angiomastosis and Osler's disease), par Ullmann. *The Urologic and Cutaneous Review*, sept. 1933, p. 619, 12 fig.

Revue générale documentée, discussion et bibliographie de la maladie d'Osler-Rendu-Weber et des angiomatoses en général.

S. Fernet.

Le lupus érythémateux est-il tuberculeux ? L'influence du climat sur le lupus érythémateux, les tuberculides et les tuberculoses cutanées (Is lupus erythematosus a tuberculide ? The effect of climate upon lupus erythematosus, tuberculides and skin tuberculous), par MOLESWORTH. *The Urologic and Cutaneous Review*, sept. 1933, p. 629.

Exerçant en Australie, dans une région voisine de Sydney, habitée presque exclusivement par une population d'origine européenne, M. signale que, dans ce pays très ensoleillé, la tuberculose viscérale est aussi fréquente qu'en Europe, mais que le lupus vulgaire n'existe pas, que les tuberculides sont rarissimes, tandis que le lupus érythémateux est aussi fréquent qu'en Europe.

Il se demande pourquoi cette population ne jouit pas de la même immunité pour le lupus érythémateux que pour les autres tuberculides et pour la tuberculose cutanée. La disproportion dans la fréquence des tuberculides et du lupus érythémateux lui paraît constituer un argument contre la conception qui fait du lupus érythémateux une tuberculide.

S. FERNET.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Les processus d'oxydo-réduction, le glutathion et leurs rapports avec la peau, par ISIDORO BOSCO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 4, août 1933, p. 335.

Ce travail est une revue générale critique de l'état actuel de nos connaissances sur cette question, sans travaux personnels, mais l'auteur annonce des recherches personnelles ultérieures, de sorte qu'il s'agit en somme d'une sorte de préface. Il rappelle tout d'abord les deux théories qui ont été proposées pour expliquer les phénomènes complexes d'oxydo-réduction dont notre organisme est le siège : 1° *théorie de l'activation de l'oxygène* de Bach, Chodat et Warburg ; 2° *théorie de la déshydrogénisation* de Wieland, d'après laquelle les oxydations biologiques ne se produisent pas par apport d'oxygène, mais par soustraction d'hydrogène, due à des substances spéciales dites *accepteurs d'hydrogène.*

Parmi ces dernières, l'attention a été attirée tout particulièrement dans ces dernières années sur certains composés sulfurés, et parmi ceux-ci, tout spécialement, sur le *glutathion.* Cette substance transporte l'hydrogène extrait de corps oxydables, par déshydrogénisation, vers l'oxygène. Il se produit ainsi un cycle d'oxydo-réductions successives par lequel le glutathion joue un rôle des plus importants dans la respiration des tissus.

L'auteur passe en revue les différents travaux qui ont été effectués pour établir le rôle du glutathion dans les tissus en général : l'influence des contractions musculaires par action de la guanidine, et par celle de la faradisation ; l'influence de l'alcool et des narcotiques ; il semble

également que le glutathion joue un rôle dans la défense de l'organisme, cette substance pouvant se déplacer des organes qui en contiennent plus vers ceux qui en contiennent moins ; cette opinion semble confirmée par certains résultats de recherches effectuées dans le diabète, l'asphyxie, l'anémie aiguë consécutive à la saignée. D'autres travaux ont démontré, par les variations de dosage du glutathion, l'augmentation des processus d'oxydo-réduction dans les membranes pyogéniques et leur diminution, au contraire, dans les collections purulentes ; l'augmentation du glutathion dans la partie fœtale du placenta, contrastant avec la diminution dans la partie déciduale, parce que la première peut être considérée comme un tissu à métabolisme glycolytique prédominant, comparable aux tumeurs. Dans les tumeurs, en effet, on constate une augmentation des processus de déshydrogénisation, correspondant à une forte teneur en glutathion.

L'auteur passe ensuite à l'étude des processus d'oxydation et du glutathion dans la peau. Peu de travaux jusqu'ici ont été consacrés à cette étude, mais ils sont suffisants pour laisser entrevoir le rôle important des oxydo-réductions dans la peau, en particulier pour la défense de l'organisme. Ces travaux ont, en effet, montré la comparticipation intime de la peau avec tout le reste de l'organisme, les corrélations étroites entre la physiologie et la pathologie sutanées et celles des divers organes.

Au point de vue pratique, le fait que certaines dermatoses non parasitaires ont pu être favorablement influencées par la médication soufrée semble bien apporter une confirmation à ces hypothèses. Les recherches dans cette voie sont entravées surtout par la difficulté de mettre au point des méthodes de dosage assez simples et assez sûres.

BELGODERE.

Résultats et considérations sur la comparaison de la réaction de Wassermann dans le sérum du sang et le liquide de vésicatoire, par G. GUARDALI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. IX, fasc. 4, août 1933, p. 364. Bibliographie.

L'auteur a étudié 82 sujets, dont 66 atteints de syphilis et 16 exempts de cette infection, en faisant un rapprochement entre la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée sur le sérum du sang et celle pratiquée sur le liquide de vésicatoire. Il a exécuté la réaction en instituant pour chaque sérum et pour chaque liquide de sujets luétiques, 5 épreuves avec les contrôles nécessaires, à doses croissantes de complément (de 1 à 5 unités alexiniques) et il a pu, de cette manière, constater une sensibilité moindre du liquide de vésicatoire par rapport à celle présentée par le sérum sanguin. Ainsi, pour les liquides de vésicatoire, la proportion des cas positifs a été de 95 o/o, alors qu'elle a été de 100 o/o avec le sérum. D'autre part, cette sensibilité moindre du liquide de vésicatoire semble être spécifique, car jamais il n'a été constaté de résultat positif dans les cas exempts de syphilis. De ces recherches, on peut conclure que le

liquide de vésicatoire présente dans quelques cas rares un faible pouvoir anticomplémentaire, seulement avec une unité alexinique, et d'une manière presque analogue à celui du sérum du sang.

Donc, étant donné ce faible pouvoir anticomplémentaire du liquide de vésicatoire et la spécificité des résultats obtenus avec ce liquide, l'auteur admet que ce liquide, dans les cas où il est impossible de procéder à la prise de sang, peut être utilisé pour la réaction de Bordet-Wassermann en tenant compte, naturellement, de cette sensibilité plus faible. BELGODERE.

Sur le comportement de la lipémie dans quelques dermatoses, par G. SANTOJANNI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* **vol. IX, fasc. 4, août 1933, p. 371. Bibliographie.**

L'auteur résume brièvement les travaux des précédents chercheurs sur le métabolisme des lipoïdes et sur la cholestérine du sang dans les dermatoses et expose les résultats qu'il a obtenus par l'étude du comportement de la lipémie (cholestérine libre, éthers cholestériniques, graisses neutres, savons et phosphatides), chez 25 sujets atteints de dermatoses, dont 8 atteints de psoriasis, 6 d'eczéma, 3 de pemphigus, 3 de lupus et 5 de dermatoses diverses.

Les dosages des diverses lipines du sang ont été effectués avec la micro-méthode de Bang-Condorelli.

Chez tous les malades, on a dosé le taux glycémique avec la micro-méthode de Bang modifiée par Condorelli et, dans quelques cas seulement, a été tentée l'insulinothérapie.

D'après les résultats de ces recherches, on peut constater que, dans beaucoup de cas, notamment dans le psoriasis, la lipémie totale est augmentée, pas toujours cependant d'une manière évidente, avec une perturbation du tableau lipémique tout entier, consistant dans une augmentation ou une diminution d'une ou de plusieurs lipines.

Ce fait a pu également être mis en évidence par le comportement de la courbe lipémique, à la suite d'une surcharge de cholestérine, dans deux cas de psoriasis.

Ces déviations de la normale du tableau lipémique ne sont pas tout à fait constantes, ni caractéristiques pour la même forme morbide.

Il n'a pas été possible d'établir un rapport entre les perturbations lipémiques et le taux glycémique, attendu que chez tous les malades, il y avait des valeurs normales du sucre du sang.

L'administration d'insuline tend à abaisser le taux de toutes les lipines du sang et, dans quelques cas, peut aboutir à la guérison clinique de la dermatose sans que cependant cette influence bienfaisante puisse, dans chaque cas particulier, être attribuée à une spéciale et constante déviation de la normale du tableau lipémique.

De l'ensemble de ces recherches, on peut déduire qu'il n'est pas possible d'établir un rapport direct et certain d'interdépendance entre la forme morbide et les perturbations du tableau lipémique, celles-ci

étant soumises à des facteurs complexes et variés (fonctionnalité du foie et d'autres organes, état de réactivité du système hormonico-végétatif) qui gouvernent le métabolisme des graisses et l'équilibre des lipines du sang, ces facteurs n'ayant rien de constant et rien de caractéristique pour une maladie cutanée déterminée.

BELGODERE.

Sur les réactions de Wassermann et de Meinicke avec les sérums de cadavres, par ALBERTO TAVERNARI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 4, août 1933, p. 393 Bibliographie.

L'auteur a exécuté un certain nombre de séro-diagnostics de Bordet-Wassermann et de Meinicke sur des sérums de cadavres soumis à la nécropsie. A l'exposition des résultats obtenus, il fait suivre une analyse bibliographique de la littérature sur ce sujet, et il conclut que, pour l'anatomo-pathologiste, la réaction de Bordet-Wassermann a encore un champ d'applications pratiques limité, parce que le nombre des réactions positives aspécifiques n'est pas faible et, en outre, on se heurte à de nombreuses difficultés pour obtenir un sérum cadavérique qui puisse être utilisé pour le séro-diagnostic. Le séro-diagnostic de Meinicke, dans les recherches de l'auteur, s'est montré concordant avec la réaction de Bordet-Wassermann. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Contribution à l'étude de l'Acanthosis nigricans, par CARLO MAZZANTI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 9, septembre 1933, 19 fig. Bibliographie.

L'auteur, après avoir brièvement passé en revue nos connaissances anciennes et récentes sur l'*acanthosis nigricans*, surtout en ce qui concerne sa pathogénie, décrit trois cas de cette dermatose, dont deux suivis de nécropsie, avec étude histologique pour le premier de ceux-ci, portant sur les viscères et en particulier sur les glandes à sécrétion interne.

Le premier cas était associé à du vitiligo et s'est accompagné d'un carcinome gastrique et d'altérations mentales à type de démence paranoïde et, en outre, de signes évidents d'hyposurrénalisme.

Les recherches anatomo-pathologiques et histologiques ont mis en évidence, outre des phénomènes tuberculeux de l'appareil respiratoire, une artério-sclérose grave des vaisseaux parenchymateux de tous les viscères et des phénomènes régressifs aux dépenses des glandes à sécrétion interne, marqués surtout dans la partie médullaire des glandes surrénales.

Le second et le troisième cas se sont accompagnés de graves troubles endocriniens multiples, mais surtout hypophysaires, avec le tableau classique d'obésité, de somnolence, de polyurie, d'impuissance.

L'auteur, après avoir fait quelques comparaisons sur les constatations histologiques cutanées, passe à des considérations sur la pathogénie de

la dermatose chez ses trois malades et est conduit à admettre que les altérations endocrines rencontrées représentent le facteur principal du développement de l'*acanthosis nigricans*.

Très probablement, la néoplasie gastrique rencontrée dans le premier cas n'a aucune importance directe sur la dermatose, mais représente un autre aspect du phénomène prolifératif désordonné provoqué par la dysendocrinie, lequel, tandis que du côté de la peau, il est resté dans les limites d'un processus hyperdysplasique, sur la muqueuse gastrique, il a fini par assumer les caractères d'une véritable et propre néoplasie maligne, peut-être sous l'influence associée d'autres facteurs de prédisposition.

Le désordre mental, qui a été constaté chez le premier de ces malades, n'est peut-être pas l'effet d'une coïncidence fortuite, mais démontre la participation, qui n'est pas rare, du système nerveux à cette forme morbide.

BELGODERE.

Sur le taux de l'azote incoagulable du sang dans les dermatoses, par ALBERTO MIDANA. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 9, septembre 1933, p. 496. Bibliographie.

L'auteur a déterminé les valeurs de l'azote incoagulable du sang dans une nombreuse série de sujets atteints de dermatoses variées. De la comparaison des résultats obtenus, ce qui ressort de plus remarquable, c'est que, dans certaines affections cutanées telles que le lupus vulgaire, le lichen, le pityriasis rosé, la lèpre, le taux de l'azote incoagulable est compris, dans tous les cas, dans les limites normales moyennes.

Dans le psoriasis (31 cas) et dans l'eczéma (33 cas), l'auteur a rencontré un nombre faible de malades chez lesquels l'azote non protéique se trouvait au-dessus de la normale, et si l'on veut faire le pourcentage par rapport au nombre de cas examinés, c'est seulement chez 9,6 o/o des psoriasiques et chez 12,2 o/o des eczémateux qu'il a pu être constaté des chiffres anormaux.

Le degré le plus accentué de rétention azotée a été rencontré dans le groupe des formes bulleuses, où le taux s'est montré augmenté dans 33 o/o des cas de dermatite herpétiforme et dans 50 o/o des cas de pemphigus.

Si l'on examine dans leur ensemble les résultats obtenus, il apparaît que, sur 109 cas étudiés, chez 14 seulement, soit dans 11,9 o/o des cas, il a été possible de mettre en évidence une augmentation du taux hématique de l'azote non protéique. Il convient de remarquer cependant que, même dans ces cas dans lesquels l'élévation du taux a été constatée, celle-ci fut toujours comprise dans des limites relativement modestes et n'a jamais atteint le degré de ces valeurs, que l'on est accoutumé d'observer dans les maladies rénales ou même seulement dans le décours des maladies infectieuses aiguës.

Les anomalies qui ont été constatées dans l'eczéma et le psoriasis concernent exclusivement des formes généralisées et, se basant sur ce

fait, ainsi que sur des données expérimentales obtenues dans des recherches précédentes, l'auteur estime que, dans le déterminisme de l'hyperazotémie, à part l'action du facteur rénal, il convient d'attribuer une importance notable à l'extension des lésions cutanées et, par suite, à l'influence des variations du métabolisme cellulaire augmenté dans la production plus grande des scories azotées. BELGODERE.

Syndrome d'érythème noueux chez une femme, avec manifestations de syphilis récente en activité, par CARLO MAZZANTI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 9, septembre 1933, p. 303, 10 fig.

L'auteur étudie un cas qui concerne une femme de 44 ans qui, pendant une syphilis récente en activité, avec manifestations érythémateuses et papuleuses diffuses, présenta un syndrome d'érythème noueux aux jambes, d'allure aiguë, avec phénomènes fébriles, arthralgies et œdème diffus aux membres inférieurs.

Ces symptômes s'amendèrent à la suite du traitement spécifique, en même temps que toutes les manifestations de nature sûrement luétiques.

L'auteur, en se basant sur ses constatations cliniques et histologiques, est d'avis que la dermatose a une origine syphilitique.

En ce qui concerne la pathogénie, il ne pense pas que la dermatose soit due à une action locale du tréponème, dont la recherche a été négative, mais il est porté à admettre une réaction à type anaphylactoïde provoquée par les produits toxiques tréponémiques, mis en liberté par les premières injections thérapeutiques. BELGODERE.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Le problème de l'étiologie syphilitique du diabète infantile, par MIKULOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXVIII, n° 3, sept. 1933, p. 536.

En 1929, au cours d'un congrès, M. estimait que 43 o/o des cas de diabète infantile évoluaient chez des hérédo-syphilitiques. Depuis cette époque, des examens et des enquêtes familiales plus approfondis lui ont montré que c'est dans 71,4 o/o des cas de diabète infantile que l'on trouve des stigmates mineurs d'hérédo-syphilis ou des signes non douteux de syphilis des parents.

Si le problème a été peu approfondi jusqu'à présent, c'est que, pour beaucoup de médecins encore, un Bordet-Wassermann négatif et l'absence des stigmates pathognomoniques excluent l'existence de la syphilis. Or, ces signes sont justement très rares. Ce qu'on trouve, ce sont quelques stigmates mineurs ; souvent l'enfant ne présente aucun signe, mais l'enquête familiale apprend qu'il y a eu de nombreuses fausses couches antérieures à sa naissance ou bien l'un des parents présente un Bordet-Wassermann positif, une aortite spécifique, etc.

M. attire l'attention sur certaines analogies biologiques entre la syphilis héréditaire tardive et le diabète infantile : les deux affections apparaissent de préférence entre 8 et 12 ans, souvent à la suite d'une infection ou d'un traumatisme ; les deux s'accompagnent d'hypotrophie,

d'insuffisance de la taille, de maigreur ; les dystrophies congénitales observées depuis fort longtemps dans le diabète infantile, frappent par leur ressemblance, souvent leur identité, avec les dystrophies hérédo-syphilitiques.

On sait que l'intégrité fonctionnelle du foie n'est jamais complète dans le diabète ; or, on connaît la prédilection des tréponèmes pour le foie. M. signale d'ailleurs que chez 70 o/o des hérédo-syphilitiques non diabétiques, il constate des courbes glycémiques anormales après ingestion de glucose et que souvent ces courbes redeviennent normales après un traitement spécifique.

L'argument thérapeutique ne peut être considéré comme seul valable puisque la syphilis héréditaire, plus que la syphilis acquise, crée des lésions fibreuses irrémédiables ; il est possible que des lésions scléreuses du pancréas se développent aux dépens du parenchyme noble des îlots de Langerhans. M. ne peut donc fournir d'observation nouvelle de diabète infantile guéri par le traitement spécifique, mais son expérience porte surtout sur une clientèle hospitalière où les cas graves sont les plus fréquents et où la thérapeutique symptomatique d'urgence peut souvent être seule appliquée. S. FERNET.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Les méthodes et la pratique du dépistage des maladies vénériennes et cutanées dans la famille, par M. J. GHÉRASSIMOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 3-4, mars-avril 1933, pp. 133-141.

Se basant sur le travail de recherche des maladies cutanées et vénériennes au sein des familles des malades hospitalisés pour ces affections, l'auteur conclut dans les termes suivants : Le dépistage des maladies vénériennes et cutanées parmi les membres des familles des malades est un des moyens puissants servant à la lutte efficace contre ces affections et à la diminution considérable de leur fréquence. Tout seul, le dépistage n'est pas un but autonome et ne peut pas résoudre le problème de la lutte antivénérienne, mais il permet d'établir la source de contagion et de prévenir son extension parmi les personnes encore saines, mais risquant l'infection, ou de déceler la maladie déjà existante chez des personnes entourant le malade et qui ne s'en aperçoivent pas encore. La recherche des malades parmi les membres des familles des personnes traitées permet de trouver un pourcentage élevé d'infections nouvelles et fraîches, surtout parmi les femmes et les enfants. Ce dépistage montre, en outre, que la prostitution qui s'éteint joue un rôle de plus en plus insignifiant dans la propagation des maladies vénériennes. Ce sont les « connaissances » et les « amies » qui constituent la source la plus fréquente et nombreuse des contagions. Ce travail de dépistage est encore trop faible, il faut le rendre obligatoire et l'élargir, tout en trouvant les méthodes les plus effectives et rapides. Le dépistage doit être pratiqué non seulement dans les familles des malades véniriens, mais également dans celles des malades cutanés,

surtout s'il s'agit des dermatoses contagieuses des enfants et si ces enfants fréquentent des crèches, jardins d'enfants ou écoles, qui risquent d'être envahies par des teignes, la gale, les pyodermites, etc.

BERMANN.

Les tâches actuelles de la prophylaxie antivénérienne individuelle, par L. E. ZALOUTZKY et S. L. LIBERMANN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 3-4, mars-avril 1933 pp. 154-172.

L'étude de 38.857 cas de prophylaxie antivénérienne individuelle appliquée aux stations prophylactiques des 15 différentes villes russes, amène les auteurs à des conclusions qu'ils résument ainsi : La prophylaxie individuelle est un des moyens importants de la lutte antivénérienne. En premier lieu, elle doit être organisée aux stations prophylactiques pouvant desservir le mieux et la plus grande partie de la population, mais en même temps, il ne faut pas omettre d'organiser l'auto-prophylaxie à l'aide des paquets individuels. A part les stations prophylactiques fonctionnant régulièrement pendant la nuit, la prophylaxie individuelle doit être assurée comme aux autres moments dans les dispensaires antivénériens aux heures de leurs consultations. Les services prophylactiques n'ont pas forcément besoin des médecins spécialistes : Des aides-médecins suffisamment instruits et qualifiés suffisent à ce travail. La station prophylactique doit être bien outillée, munie de tous les instruments et médicaments indispensables et située aux parties de la ville les plus fréquentées. Les manipulations prophylactiques antivénériennes doivent être simplifiées et unifiées, tout en cherchant à rendre plus grande leur efficacité. Les inscriptions des visites doivent être anonymes, mais soigneuses, tout en étant simples et brèves. Pour juger de l'efficacité de la prophylaxie individuelle, les visiteurs doivent envoyer les résultats aux stations correspondantes sous une forme discrète, mais exacte. L'accroissement des visites répétées doit être considéré comme une preuve de l'efficacité de la prophylaxie et de la popularité des services prophylactiques. Les annonces sur le fonctionnement des stations prophylactiques doivent se faire dans les établissements médicaux, pharmacies, etc., avec indication de l'adresse précise et des heures de consultation. A titre d'essai, il devrait être organisé des stations spéciales pour femmes avec personnel féminin expert et discret, en plus des consultations antivénériennes et gynécologiques fonctionnant de jour et pouvant appliquer des mesures préventives antivénériennes.

BERMANN.

L'épreuve de capacité fonctionnelle du foie d'après Barok au cours du traitement spécifique de la syphilis, par A. BÉNIAMINOVITCH et G. CHOUSTÉROFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 3-4, mars-avril 1933, pp. 172-180.

Après avoir rappelé l'influence toxique des produits salvarsaniques sur le foie, les auteurs font une étude critique des méthodes de détermination des troubles fonctionnels du foie permettant de prévenir à

temps les accidents hépatiques graves. Leur choix s'arrête sur la réaction de Barok qui consiste à administrer au malade à jeun une solution de fuchsine acide dans du thé ou de l'eau sucrée et à suivre régulièrement son élimination par les urines qui se colorent d'une manière plus ou moins intense de couleur rougeâtre.

Les auteurs ont appliqué la réaction de Barok dans 39 cas de syphilis à divers stades traités par les préparations salvarsaniques et dont 12 cas d'ictère survenus au cours du traitement.

Les recherches des auteurs leur permettent de tirer les conclusions suivantes : l'épreuve de Barok est simple, facile et n'embarrasse nullement ni le malade, ni le médecin. Elle explore la fonction physiologique du foie, car la substance colorante introduite n'est pas désagréable et fait le même chemin que les substances alimentaires et passe toujours par le foie. La réaction de Barok permet de déceler l'insuffisance du foie avant l'apparition des symptômes cliniques. La rétention de la fuchsine acide est surtout très manifeste dans les cas d'atteinte du foie à symptômes cliniques visibles. La réaction de Barok ne permet pas de distinguer l'étiologie syphilitique ou salvarsanique des troubles fonctionnels du foie, elle ne permet donc pas à elle seule de juger si le traitement spécifique doit être continué ou arrêté, car elle n'établit que le degré de tolérance de la dose maximale de salvarsan pour le foie de tel ou tel malade. Les auteurs concluent que les doses des produits salvarsaniques employés pour les hommes ne doivent pas être supérieures à 0 gr. 60, car au delà de ces doses, on provoque des traumatismes hépatiques souvent graves. BERMANN.

La syphilis latente et l'inoculation des ganglions lymphatiques des syphilitiques latents, par G. KH. KHATCHATOURIAN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 3-4, mars-avril 1933, pp. 180-186, avec une photographie.

Tout d'abord, l'auteur étudie la syphilis latente clinique et sérologique dans divers stades et les moyens de diagnostic différents. Puis, il note les progrès de la syphilis expérimentale et ses applications à l'homme, qui sont assez nombreuses à l'étranger, mais qui n'ont pas encore été faites en Russie. Ensuite, l'auteur rapporte les résultats de ses inoculations personnelles faites à des lapins avec des ganglions lymphatiques extirpés à deux syphilitiques latents cliniquement et sérologiquement malades depuis 5 et 3 ans et suffisamment traités. Dans le premier cas, l'inoculation fut suivie d'un chancre dur ; dans le second, elle a été négative.

Les conclusions de l'auteur se ramènent à ceci : Les syphilitiques latents doivent systématiquement être vérifiés par tous les moyens de diagnostic possibles, y compris les rayons X, surtout au point de vue cardio-vasculaire et nerveux. Les recherches sérologiques doivent porter non seulement sur le sang, mais aussi sur le liquide chéphalo-rachidien. L'inoculation des ganglions lymphatiques du malade à l'animal est une méthode de diagnostic précieuse pour la syphilis latente et les

cas difficiles de syphilis tertiaire et pour la guérison de la syphilis. Dans les cas douteux, la méthode d'inoculation rend des services énormes. L'atteinte des ganglions lymphatiques présente également un fort intérêt au point de vue de l'étude microbiologique du spirochète pâle. Les ganglions lymphatiques de l'homme et du lapin ne montrant pas de spirochète pâle sur les coupes ou au champ de vision obscur de l'ultra-microscope donnent, après l'inoculation, des syphilomes riches en spirochètes. Tous ces faits confirment la théorie de Levaditi, d'après laquelle le spirochète pâle n'est qu'une des phases de l'évolution du virus syphilitique qui comprend aussi une phase infra-visible ou avisuelle. D'après Levaditi, ce n'est que la phase spirochétienne visible qui produit des manifestations extérieures propres à telle ou telle période de la maladie. La phase invisible se trouve à la base de la période latente de la syphilis. BERMANN.

Le traitement abortif de la syphilis par la méthode de Scholtz, par A. A. BRYTCHEFF, S. M. GHITMANN et P. E. MASSLOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 3-4, mars-avril 1933, pp. 186-191.

La méthode abortive de traitement antisyphilitique est basée sur la série des « coups » salvarsaniques et bismuthiques qui provoquent une forte réaction du côté de l'organisme et une élévation plus marquée de l'immunité naturelle. Les auteurs ont modifié la méthode de Scholtz en remplaçant l'altsalvarsan par le novosalvarsan (néosalvarsan russe) aux doses correspondantes de o gr. 3o à o gr. 45 et le bismogénol ou pirobismol par le bijochinol (quinby russe) à la dose de o gr. 25 de bismuth-métal par jour (5 cc.). Le traitement se faisait selon deux schémas qui se ressemblaient par les « coups » salvarsaniques, consistant en injections de novosalvarsan faites pendant 3 jours consécutifs aux doses de o gr. 3o, o gr. 45 et o gr. 45, mais se différenciaient par les « coups » bismuthiques faits durant 8-10 ou 4 jours. La durée du traitement était de 58 et de 27 jours d'après le premier et le second schémas, ce qui est de 7-8 fois plus économique en comparaison avec les trois séries de traitement chronique intermittent. La dose totale de novosalvarsan était toujours de 3 gr. 6o et celle de bijochinol de 3o centimètres cubes.

Les auteurs ont appliqué la méthode de Scholtz dans 34 cas de chancre dur chez des hommes de 20 à 33 ans (15 cas séro-négatifs et 19 séro-positifs). Le traitement a été bien supporté sans réactions graves. La disparition des spirochètes s'opère d'une façon plus rapide qu'avec le traitement habituel, ainsi que la cicatrisation du chancre et la diminution de l'adénopathie régionale. Les récidives cliniques n'ont pas été observées. La réaction de Bordet-Wassermann dans les cas de chancres séro-négatifs est restée négative au cours de 3 à 17 mois d'observation ; dans les cas séro-positifs, elle s'est négativée durant le traitement et s'est maintenue telle durant 3 à 18 mois d'observation. La méthode de Scholtz ne demandant que peu de temps et étant très active, est pré-

conisée par les auteurs dans les cas nécessitant une abortion rapide et radicale. BERMANN.

Sur les chancres indurés endo-urétraux chez l'homme, par D. A. LAPYCHEFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 3-4, mars-avril 1933, pp 191-196.

Après des considérations générales sur les chancres indurés de l'urèthre, l'auteur passe à ses observations personnelles. Sur 463 cas de chancres durs chez l'homme, enregistrés au dispensaire antivénérien de Novosibirsk au cours de 4 ans et demi, l'auteur n'a vu que 2 cas de localisation endo-uréthrale (0,43 o/o) chez des jeunes hommes de 24 et 18 ans.

L'étude détaillée de ces 2 cas amène l'auteur aux conclusions que voici : dans la pratique médicale, le chancre induré intra-uréthral est souvent méconnu ou pris par erreur pour une uréthrite blennorragique ou non, ce qui entraîne un traitement erroné jusqu'à l'apparition des accidents secondaires. A l'examen d'un malade porteur d'une uréthrite blennorragique « typique » ou « évidente », le médecin doit toujours penser à la possibilité des chancres endo-uréthraux et rechercher les ganglions lymphatiques inguinaux. En cas d'existence simultanée d'uréthrite, d'adénopathie inguinale et d'induration localisée de l'urèthre perceptible à la palpation, il faut songer à la syphilis primaire et pratiquer un examen complet à ce point de vue. La localisation endo-uréthrale du chancre induré est favorisée par la présence d'un prépuce court ne couvrant pas entièrement le gland, comme cela avait lieu dans les deux cas décrits par l'auteur. BERMANN.

La modification simplifiée de la réaction de conglobation de Müller, par W. G. ARISTOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 3-4, mars avril 1933, pp. 208-212.

Il s'agit de la réaction simplifiée de Müller proposée en 1929 et présentant une heureuse modification de sa première réaction de conglobation proposée en 1925. Après en avoir décrit le principe et la technique, l'auteur rapporte les résultats personnels obtenus avec cette nouvelle séro-réaction. Elle a été pratiquée parallèlement avec les réactions de Sachs-Georgi, Sachs-Witebsky, Kahn et Bordet-Wassermann, sur 2.759 sérums, dont 2.159 syphilitiques et 600 non-syphilitiques.

Les travaux de l'auteur lui donnent le droit de tirer les conclusions suivantes : La réaction de conglobation simplifiée de Müller se distingue par sa haute sensibilité, sa spécificité, sa simplicité et sa netteté des résultats. Cette réaction est beaucoup plus sensible que celle de Bordet-Wassermann dans tous les cas de syphilis traitée et suspecte. La concordance avec le Bordet-Wassermann a été constatée dans 96,3 o/o des cas. La réaction de Müller est presque d'égale valeur avec celle de Kahn. Les résultats démonstratifs de la réaction de conglobation lui donnent la première place parmi toutes les réactions de floculation existantes. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

La lèpre, par le professeur E. Jeanselme. Un volume grand in-quarto de de 679 pages, avec 259 figures dans le texte et 14 planches en couleurs hors texte. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1934. Prix 600 francs.

Le Professeur Jeanselme vient d'élever à la lèpre un magnifique monument scientifique, sous la forme d'un beau volume de 679 pages illustré de 259 figures en noir et de 14 planhces hors texte, dont la plupart contiennent 4 figures en couleurs.

Le Professeur Jeanselme a fait de la lèpre l'objet de prédilection de ses recherches. Depuis l'époque déjà lointaine ou, après son internat, il recueillait en Extrême-Orient les premiers éléments de cet ouvrage, il n'a cessé d'étudier cette maladie et son premier soin, lorsqu'il eut quitté sa chaire de l'Hôpital Saint-Louis, alors qu'il aurait pu jouir d'un repos bien mérité, a été de commencer ce travail considérable.

Sans avoir eu l'intention de tout dire, il a laissé peu de choses dans l'ombre. Mais chaque page est marquée de son esprit critique ou d'une note originale. C'est en effet plus qu'une mise au point, c'est avant tout une œuvre personnelle. Sur les faits définitivement acquis et sur les doctrines qui ne prêtent pas à la discussion, il a été sobre de citations ou d'indications bibliographiques. Il insiste, au contraire, sur les points de pratique ou de théorie qui sont contestés à l'heure actuelle.

L'ouvrage débute par une introduction historique brossée de main de maître et qui n'en est pas la partie la moins intéressante (car chacun sait que le Professeur Jeanselme est un historiographe consommé), suivie d'une étude sur le domaine géographique de la maladie.

Vient ensuite l'étude bactériologique, mise au courant des données les plus modernes et complétée par des chapitres sur la sérologie, l'immunité et l'allergie, l'anatomie et la physiologie pathologiques générales.

Après un exposé complet de l'étiologie, l'auteur aborde la symptomatologie. Par une méthode des plus heureuses, il décrit de pair les symptômes et les lésions histologiques de chaque appareil. Il n'a pas voulu en dissocier l'exposé, car les données fournies de concert par l'observation et le laboratoire contribuent les unes et les autres à établir le diagnostic et à fixer le traitement. Les diverses localisations de la maladie sont ainsi étudiées d'une façon claire dans tous leurs détails. Puis vient un exposé synthétique des formes cliniques et de l'évolution. Deux chapitres sur le Pronostic et le Diagnostic complètent cette partie clinique de l'ouvrage.

Mais la lèpre est une maladie sociale au premier chef. Aussi l'auteur a-t-il donné à l'étude de la prophylaxie une place très importante. Les lépreux sont un objet de crainte et de répulsion. Il s'agit de les isoler. Jadis, c'était dans une léproserie qui ne différait pas sensiblement d'une maison de force. Hier encore, c'était dans un lieu de réclusion, institué au profit exclusif de la société. Aujourd'hui, c'est dans un lieu de cure, une colonie agricole, une ville de santé, où le malade se rend de son plein gré pour assurer son traitement. Ainsi se trouve réalisé le vœu qu'avait formulé Ambroise Paré : « Je conseille que lorsqu'on les voudra séparer, on le fasse le plus doucement et le plus aimablement possible, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous. »

Un important chapitre est enfin consacré à la Thérapeutique. On y trouvera une excellente mise au point de toutes les méthodes classiques et consacrées par une longue expérimentation, et aussi les méthodes nouvelles encore à l'étude.

La lecture de ce travail est facilitée par une illustration en grande partie personnelle, aussi soignée pour l'histoire, la géographie et l'étude des léproseries que pour les symptômes et l'anatomie pathologique.

Cet ouvrage marquera une date dans l'histoire de la léprologie. Il honore au premier chef son auteur et, par delà de lui, la Dermatologie française. A. Sézary.

Les appendicites chroniques. Etude clinique et traitement médico-chirurgical, avec un compendium de prescriptions médicales, par Ed. Antoine et Th. de Martel. 1 volume de 308 pages et 125 figures. Editions S. E. P., 16, rue Pavée, Paris (5e).

L'appendicite chronique, qui entraîne toujours des troubles typhlo-côlitiques et hépatiques, peut être longtemps méconnue. C'est surtout dans les formes camouflées que ces troubles de longue durée retentissent à distance sur tous les organes et, en particulier, sur la peau.

Ed. Antoine et Th. de Martel ont su mettre en valeur leur importance et le dermatologiste trouvera dans ce livre, essentiellement pratique et clairement exposée, la thérapeutique médicale des intoxications intestinales et hépatiques (avec ordonnances rédigées) dont la connaissance est indispensable. A. Desaux.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



SUR UNE FORME CLINIQUE DE SYPHILIS MUSCULAIRE LES MYOSITES SYPHILITIQUES SOUS-ULCEREUSES

(SYPHILIS PLURIFOCALES — SYPHILIS A LÉSIONS SEGMENTAIRES ÉTAGÉES)

Par MM.

FAVRE
Professeur à la Faculté
de Médecine
de Lyon

P.-J. MICHEL
Ancien Interne des Hôpitaux
de Lyon
Assistant de consultation
à l'Hôpital de l'Antiquaille

et

H. BONNAND.

Si notre désir dans ce travail n'était d'éviter toute surcharge bibliographique, il serait curieux d'envisager les vicissitudes d'une question telle que la syphilis musculaire qui, abondamment étudiée dans la seconde moitié du siècle dernier avec les travaux de Nélaton, Virchow, Lancereaux, Jullien, Mauriac, etc., tient de nos jours, et depuis une trentaine d'année déjà (1) une place si modeste dans les préoccupations des syphiligraphes. Faut-il avec Mauriac qui avait bien noté le fait déjà à son époque, invoquer une atténuation générale de la syphilis dans le nombre et la sévérité de ses manifestations — et dont, par un curieux privilège, les muscles auraient eu tout le profit ? — ou encore un de ces « déplacements dans la dis-

(1) Fournier, dans son traité de la syphilis, ne consacre pas de chapitre spécial à la syphilis musculaire, et ne fait aucune place aux myosites syphilitiques tertiaires. Dans les traités récents la place de la syphilis musculaire est parcimonieusement mesurée, pour ne pas dire plus.

tribution de l'activité syphilitique » qui réserverait dès lors toutes ses rigueurs pour le cerveau, la moelle épinière ou les viscères? Nous ne le pensons pas, et croyons qu'à l'origine de cette apparente régression ou nouvelle répartition des localisations diverses de la syphilis, il faut incriminer davantage l'orientation actuelle des recherches syphiligraphiques, qui démode et rejette pour un certain temps dans l'ombre d'aussi vieilles questions que la syphilis musculaire. Mauriac lui-même semble bien être du même avis lorsqu'il nous met en garde, avec une certaine ironie, contre cette « illusion d'optique qui nous fait supposer que les phénomènes morbides découverts ou étudiés plus spécialement par nous n'ont pas de passé et appartiennent en propre à notre génération ». Si la syphilis musculaire n'appartient guère à la nôtre, ce n'est point, croyons-nous, raison suffisante pour la méconnaître et pour ne pas chercher à la découvrir partout où elle existe. Or, sans exagérer sa fréquence, elle est certainement moins rare qu'on a voulu le dire et sans doute la mettrait-on plus souvent en évidence si l'on procédait à sa recherche de façon systématique. Elle peut se présenter en clinique sous des aspects très variés, et la classique myosite gommeuse ou scléro-gommeuse de la période tertiaire, avec ses localisations électives, pour en constituer le type le plus caractéristique, n'en est, selon nous, ni le plus important, ni même le plus fréquent. Il faut penser à la syphilis, non seulement devant telle ou telle tuméfaction précise, indiscutable, de telle ou telle masse musculaire, mais aussi par exemple à l'occasion de contractures avec rétraction, simulant parfois à s'y méprendre le syndrome de la paraplégie en flexion. Il est enfin un autre aspect clinique que nous lui avons vu souvent emprunter, et dont nous n'avons pas trouvé mention dans la littérature médicale; c'est précisément celui de la myosite sous-ulcéreuse à laquelle sera consacrée de façon toute particulière cette monographie. L'un de nous a insisté depuis longtemps déjà, dans plusieurs publications, sur la fréquence insoupçonnée des déterminations musculaires de la syphilis. Bien qu'ayant l'attention attirée sur de tels faits, c'est cependant fortuitement, qu'il découvrit au cours d'une autopsie, un foyer de myosite gommeuse sous-jacent à des syphilides ulcéreuses. En un laps de temps, relativement court, il lui fut possible de réunir toute une série d'observations dans lesquelles se retrouvait cette superposition

pour le moins curieuse de lésions cutanées et musculaires. Ces documents constitueront la base même de ce travail dans lequel notre intention est d'individualiser cette forme anatomo-clinique très spéciale de myosite syphilitique. Il s'agit de malades chez lesquels on relève dans une même région, dans un même segment de membre, la coexistence de syphilides tertiaires de type habituellement ulcéro-croûteux et de foyers profonds de myosite plus ou moins dissimulés derrière les efflorescences cutanées qui, par leur évidence même, retiennent trop souvent exclusivement l'attention. Pour désigner ce type classique de lésions musculaires nous avons adopté le terme de « *myosites syphilitiques sous-ulcéreuses* ». Certes, le mot n'est pas des plus heureux, et c'est un de ces néologismes médicaux susceptibles de soulever une indignation bien légitime chez les grammairiens. Nous le proposons néanmoins faute de mieux ; s'il est critiquable à plus d'un titre, il nous semble avoir du moins l'avantage de définir clairement notre pensée, et de caractériser assez exactement la curieuse topographie de ces lésions étagées, plurifocales. Il souligne par ailleurs le caractère larvé, dissimulé, « cryptique », pourrait-on dire, de cette forme curieuse de syphilis musculaire. L'un de nous lui a consacré déjà une courte étude dans le *Journal de Médecine de Lyon* (1) et dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* (2).

OBSERVATIONS

Avant d'aller plus avant, nous tenons à rapporter en détail les huit observations de myosites syphilitiques sous-ulcéreuses que nous avons pu recueillir. Il s'agit d'observations originales, concernant des malades suivis et étudiés par l'un de nous dans son Service de l'Hôtel-Dieu.

(1) M. Favre : La syphilis musculaire latente. *Journ. de Méd. de Lyon,* 20 mai 1930.
(2) M. Favre : Notes anatomo-cliniques sur la syphilis musculaire. *Réunion Derm. de Lyon.* Séance du 26 novembre 1931. *Bull.* n° 1, janvier 1932.

OBSERVATION I

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Ictus apoplectique survenu chez une femme albuminurique, hypertendue, en état d'arythmie complète. Hémiplégie droite. Lésions typiques de syphilis tuberculo-ulcéreuse des téguments de l'avant-bras gauche. Périostite du cubitus gauche. Réaction de Wassermann fortement positive. Aucun signe net de trouble fonctionnel des muscles de l'avant-bras. Découverte fortuite, à l'autopsie, d'un foyer de myosite gommeuse sous-jacent aux lésions cutanées ulcéreuses (Syphilis segmentaire pluri-focale).*

Mme X..., 65 ans, est transportée à l'Hôtel-Dieu à la suite d'un ictus suivi de perte de connaissance. L'examen clinique révélait une hémiplégie droite, des signes d'arythmie complète avec tension artérielle relativement élevée : 19/13. Les urines étaient fortement albumineuses.

L'attention était immédiatement attirée par des lésions très apparentes de l'avant-bras gauche, dont les téguments, sur une large surface, apparaissaient ravinés, couturés. Des cicatrices rétractiles dépigmentées, blanchâtres, s'observaient à côté de lésions tuberculo-ulcéreuses infiltrées, rougeâtres, où l'inflammation se montrait en pleine activité.

La marche excentrique de cette inflammation apparaissait avec une très grande netteté, comme aussi le caractère figuré polycyclique des lésions.

L'exploration du squelette de l'avant-bras révélait une déformation du cubitus par des périostites étendues. Toutes ces lésions portaient avec évidence la marque de la syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann devait se montrer fortement positive. Le liquide céphalo-rachidien était très albumineux (70 centigrammes) et anormalement riche en lymphocytes (6 éléments par millimètre cube).

La malade succombait quelques heures plus tard.

Sans insister sur les lésions anatomiques relevées à l'autopsie, nous ne retiendrons que les lésions musculaires.

C'est fortuitement qu'elles furent constatées. Nous les avons observées dans le groupe des muscles épicondyliens, à la région antéro-externe de l'avant-bras, en pleine masse musculaire, au-dessous de lésions cutanées qui, cliniquement, paraissaient purement tégumentaires. Afin de prélever à l'autopsie un fragment de peau en bordure des lésions dans la zone inflammatoire de progression, l'avant-bras avait été incisé sans ménagement. Heureusement, l'incision fut assez profonde pour dépasser l'aponévrose et montrer, dans la masse mus-

culaire, des lésions dont rien n'aurait pu faire souponner l'existence. *L'aponévrose était intacte. Dans les muscles, on découvrait deux noyaux circonscrits de myosite gommeuse.* De ces noyaux, l'un, du volume d'une petite noisette, de teinte jaunâtre, était parfaitement arrondi ; le second, allongé, un peu plus gros, moins nettement limité, jaunâtre à sa partie centrale, ailleurs lardacé, était séparé du premier par une bande de tissu musculaire profondément modifié, décoloré. Autour de ces formations gommeuses, le muscle, dans une zone assez étendue, apparaissait manifestement décoloré, plus sec, plus translucide, plus homogène que le muscle normal.

Examen histologique. — Le fragment musculaire comprend une zone très étendue dégénérative qui correspond à la gomme. Ce tissu, finement granuleux, contient une poussière chromatinienne et des grains plus gros provenant de la dégénérescence des éléments cellulaires.

Les limites de cette zone nécrosée d'avec le reste du muscle sont marquées en certains points par un tissu conjonctif épaissi ; ailleurs, ce tissu, beaucoup moins dense, est infiltré de nombreux éléments cellulaires. Il s'agit d'un tissu conjonctif plus jeune, moins riche en fibres collagènes et dans lequel on rencontre un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation.

Dans le tissu gommeux proprement dit, on reconnaît la silhouette de vaisseaux profondément altérés. A distance de la gomme, le muscle est envahi par une sclérose qui, en certains points, est assez dense pour prendre un aspect tendiniforme. Dans ce tissu, on observe des fibres musculaires striées, dissociées et profondément altérées qui apparaissent aminciées. La substance musculaire garde ses affinités colorantes, mais a perdu sa striation. Les noyaux du sarcomène se multiplient pour donner naissance à de fausses cellules géantes d'origine musculaire. A côté de ce processus dissociant, il faut signaler des lésions qui atteignent tout un groupe de fibres qui restent compactes, mais s'amincissent et dégénèrent avec un minimum de signes histologiques et de réaction interstitielle. On voit ainsi se former de larges zones d'un tissu acidophile, dont la coloration tranche sur celle du tissu conjonctif normal. Ces zones acidophiles réticulées sont certainement d'origine musculaire et rappellent certains modes de dégénérescence des muscles striés (1).

OBSERVATION II

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Atrophie papillaire héréditaire et familiale survenue à 21 ans. Apparition ultérieure vers l'âge de*

(1) Les observations suivantes bien qu'elles aient fait l'objet d'examens histologiques n'en comporteront pas l'exposé. Il trouvera place dans un travail que nous consacrerons à l'étude des lésions de la syphilis musculaire.

42 ans d'ulcérations cutanées de la jambe gauche ayant persisté longtemps, et ayant laissé comme séquelles des cicatrices dépigmentées, d'anormales pigmentations, et des indurations segmentaires des veines. Développement récent en divers points de la cuisse droite de nouvelles lésions ulcéreuses. Dans la région sus-rotulienne droite, indurations profondes sous-ulcéreuses. L'exploration chirurgicale de ces indurations révèle un syphilome conjonctivo-musculaire diffus, et des gommes musculaires. Hypospadias. Induration du testicule droit. B.-W. très positif. Guérison rapide des ulcérations cutanées par le traitement antisyphilitique. Lors de la sortie de l'Hôpital, régression encore incomplète des lésions conjonctivo-musculaires.

St... Henri, 54 ans. Entre le 5 février 1926 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Favre. Le malade présente un ensemble de troubles portant sur divers appareils : à 25 ans, il a eu une papillite considérée comme incurable et qui a entraîné une baisse considérable de la vision. On a dit également de cette papillite qu'elle était « du type primitif ». Le malade raconte d'ailleurs que d'autres membres de sa famille seraient atteints de la même affection.

Il y a douze ans, sont apparues sur la jambe gauche des lésions ulcéreuses pour lesquelles le malade a fait un assez long séjour à l'Hôpital de l'Antiquaille. Ces accidents ont laissé diverses séquelles, consistant :

1° *En cicatrices dépigmentées, leucodermiques, intriquées avec des taches pigmentaires brunâtres.*

2° En ectasies veineuses et, plus fréquemment encore, en indurations veineuses qui transforment ces vaisseaux, sur certains points de leur trajet, en véritables tuyaux de pipe. Ces indurations veineuses se retrouvent à la jambe droite où elles existent seules, révélées par la palpation attentive des parties molles de la jambe. De ce côté, aucune ulcération ne s'est développée.

Tout récemment, de nouveaux accidents ont apparu au membre inférieur droit ; ce sont eux qui ont amené le malade à l'hôpital. Ils portent sur la peau, mais aussi sur les tissus profonds, musculaires, fibreux. On trouve, en examinant le malade : tout d'abord, des ulcérations cutanées en diverses régions de la cuisse. Une première lésion siège à la partie moyenne et postéro-externe de la cuisse droite. On constate là un placard rouge violacé de 6 centimètres de long environ sur 4 centimètres de large, à progression excentrique, cicatrisé à sa partie centrale, en activité à sa phériphérie où se voient des ulcérations à bords rouges, recouvertes de croûtes. Ces ulcérations sont relativement superficielles.

Une autre lésion cutanée ulcéreuse siège à la partie supéro-externe

de la cuisse, un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle présente les mêmes caractères que l'ulcération précédemment décrite, cicatricielle et décolorée à sa partie centrale : elle est limitée par une bordure rouge-brun en pleine activité, ulcérée par places et présentant à la vitro-pression des points non ulcérés des infiltrats discrets de teinte marmelade de pomme.

On trouve enfin à la face externe du genou droit, un peu au-dessus de la rotule, sous un placard cutané inflammatoire du même type, des lésions différentes. Ce sont des indurations circonscrites, indolores, profondes, au nombre de deux ; l'une a les dimensions d'une pièce de 2 francs, l'autre est un peu plus petite. Elles sont de consistance dure, fibreuse, sont séparées par un sillon très net, et s'immobilisent lors de la contraction musculaire. Elles sont indépendantes de la peau, développées qu'elles sont dans les tissus profonds musculaires et fibreux péri-articulaires. La palpation systématique permet seule de les découvrir.

L'examen du malade révèle, en plus des lésions décrites, quelques constatations qui sont d'un particulier intérêt.

Le malade a perdu son père très jeune. Sa mère est morte d'un cancer. Il est fils unique.

L'examen viscéral se montre négatif. On relève seulement que le sujet est hypospade, que le testicule droit est anormalement ferme, lisse et indolore à la pression.

L'examen ophtalmoscopique a fait conclure à une « lésion du fond d'œil familiale et héréditaire (maladie de Leber ?) ».

La réaction de Bordet-Wassermann est très positive.

Le type des ulcérations cutanées, leur progression excentrique, leur guérison par le centre, les mutations pigmentaires qui les accompagnent ont tous les caractères des syphilides tertiaires ulcéreuses.

Par contre, les indurations siégeant dans la région péri-articulaire et appartenant manifestement aux tissus profonds, étant d'interprétation difficile, on décide de les explorer pour constater leur aspect, leur siège et les étudier histologiquement.

A l'intervention. — On trouve une infiltration de l'aponévrose et du muscle sous-jacent. Au sein d'un tissu lardacé et de teinte plutôt pâle, on trouve de petits nodules pisiformes, secs, particulièrement abondants dans le muscle. On est en présence d'un véritable syphilome conjonctivo-musculaire, avec des gommes dans la nappe inflammatoire.

Autour des gommes, le tissu musculaire est homogène, ambré, translucide.

Le 10 mars 1926, le malade, sous l'influence d'un traitement par le sirop de Gibert et des injections de novarsénobenzol, a vu guérir très rapidement les lésions cutanées qui se sont épidermisées, et ont pris l'aspect habituel aux lésions tertiaires cicatrisées.

Les lésions musculo-aponévrotiques avaient diminué très notable-

ment mais persistaient encore sous forme d'indurations fibreuses lors de la sortie du malade, un mois après l'intervention.

L'inoculation au cobaye a été négative (cobayes sacrifiés trois mois plus tard).

Le malade, dont on a fait prendre des nouvelles, n'a pas été retrouvé. Il était parti pour une période de vendanges. Les voisins ont déclaré que le malade leur avait dit être complètement guéri des lésions pour lesquelles il avait été soigné à l'Hôtel-Dieu (octobre 1932).

OBSERVATION III

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Syphilis cutanée tertiaire scléro-gommeuse de la cuisse droite et de l'avant-bras gauche. Lésions à progression excentrique à centre cicatriciel. Aspect tourmenté, raviné, déprimé des cicatrices. Chorio-rétinite probablement syphilitique. Réactions sérologiques très positives. Guérison rapide par le traitement. Persistance après guérison de dépressions, de sillons profonds laissant soupçonner l'existence de lésions des muscles sous-jacents aux ulcérations. Constatation directe des lésions musculaires. Effets rapides du traitement.*

Pon... Sylvie, 34 ans, manutentionnaire. Entre salle Bondet, le 21 octobre 1931, pour des plaies siégeant à l'avant-bras gauche et à la cuisse droite.

On ne relève dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. Elle a eu un enfant mort de méningite, à 3 mois et demi.

Enfin, il y a 7 ans, apparition, au sterno-cléido-mastoïdien droit, d'une plaie qui guérit au bout d'un mois.

L'affection actuelle débuta chez cette femme il y a 12 mois. Elle vit apparaître, à ce moment, sur la cuisse droite une légère tuméfaction indolente qui, rapidement, devint érythémateuse. Au bout d'un mois et demi, une ulcération se produisit qui ne fit que progresser depuis cette époque.

Il y a 5 mois, apparition de semblables lésions à l'avant-bras gauche.

Avant de revenir plus en détail sur l'examen de ces lésions cutanées qui nous intéressent, disons que, chez cette malade, à l'examen du cœur, de l'abdomen et du système nerveux, on ne relève rien d'anormal. Il existe une légère submatité du sommet droit. La température est à 38°. Par contre, on trouve dans l'urine un gros disque d'albumine et la malade se plaint de troubles oculaires qui méritent de retenir notre attention. La vision de l'œil droit est très faible. Cet œil présente

un léger strabisme externe. Les deux pupilles sont dilatées, mais réagissent à la lumière.

Une note du professeur Rollet nous donne les renseignements suivants :

Strabisme divergent de l'œil droit par amblyopie due à une très forte myopie.

Pas de diplopie.

Les pupilles réagissent assez bien à la lumière : la droite un peu moins que la gauche.



Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. — Malade de l'observation III.
La photographie montre très bien l'aspect raviné, déprimé, ficelé de la lésion cicatricielle de la face antérieure de la cuisse.

Fig. 2. — Malade de l'observation III.
Profil : On voit très nettement ici la dépression tégumentaire « en coup de hache » à la partie supérieure de la cicatrice. Cette dépression était plus appréciable au doigt qu'elle n'apparaît sur la photographie très réduite.

Du côté gauche, il existe, au fond d'œil, une petite plaque de chorio-rétinite isolée, sus-maculaire, qui peut être considérée comme signe de présomption en faveur de la syphilis.

22 octobre 1931 (note du Professeur Favre). — *La malade présente sur la face externe de la cuisse des lésions par places guéries et cicatricielles, ailleurs en activité. Ces lésions s'étendent sur une large surface. Elles ne figurent pas un placard à contours réguliers, mais forment au contraire des surfaces éruptives très découpées avec des prolongements et des caps.* Elles s'étendent dans leur grande longueur le long de l'axe de la cuisse sur 13 centimètres environ, et, en largeur, sur une douzaine de centimètres.

En quelques points, surtout au sommet des caps, la lésion est en activité et l'on observe des ulcérations qui ont l'aspect de lésions tertiaires typiques. Elles sont creusées à l'emporte-pièce dans des téguments rouges et infiltrés. Elles ont un fond régulier luisant, tapissé d'un exsudat jaunâtre. En dehors des zones en activité, la lésion est représentée par des surfaces érythémato-squameuses qui s'entremêlent à des îlots cicatriciels.

A l'avant-bras, on trouve des lésions semblables. Elles siègent à la face externe de l'avant-bras, dans son tiers supérieur. Elles sont représentées par de petites gommes dont l'une, en particulier, est ramollie à sa partie centrale, et par des ulcérations du même type que celles de la cuisse. Ailleurs, ce sont des traînées rougeâtres cicatricielles profondes, véritables brides qui étranglent les masses musculaires du bras à la façon d'un lien.

A noter que la réaction de Bordet-Wassermann a été pratiquée et s'est montrée très positive.

12 décembre 1931. — La malade a été soumise à un traitement par le sirop de Gibert et le novarsénobenzol. Les résultats en ont été rapides et complets. Les ulcérations se sont cicatrisées avec une très grande rapidité. Le grand placard de la cuisse est non seulement cicatrisé, mais il tend à pâlir de plus en plus. A sa partie centrale, il est traversé par des brides qui s'assouplissent de jour en jour. Au fur et à mesure de la guérison, on constate mieux, en certains points du placard, la réalité des lésions sous-jacentes. C'est ainsi qu'à la partie supérieure du placard éruptif de la cuisse s'est accusée une dépression en « coup de hache » très nettement visible, et peut-être même plus nettement perceptible. La pulpe de l'index qui suit le bord externe de la cuisse, à partir du tiers supérieur, s'enfonce brusquement, à la hauteur du bord supérieur du placard éruptif, dans une dépression relativement profonde que l'on perçoit de la manière la plus nette.

On n'a pas fait d'exploration de la cuisse par incision, mais de par le simple examen clinique, on peut affirmer la réalité de lésions profondes sous-jacentes aux altérations cutanées.

Par contre, une incision exploratrice a été faite à l'avant-bras gauche.

5 mai 1933. — La malade est revue aujourd'hui. Les lésions qu'elle présente conservent le même aspect typique et permettent plus encore qu'aux examens antérieurs l'affirmation de lésions profondes sous-jacentes aux altérations cutanées superficielles.

La photographie n'a rendu qu'imparfaitement le caractère accidenté de la cicatrice de la cuisse sur laquelle on peut observer des dépressions en forme de larges entonnoirs, profondes en certains points de plus de 1 centimètre et demi. Leur fond est formé par des tissus durs, fibreux. L'aspect raviné, creusé, lunaire des surfaces cutanées est des plus nets.

A l'avant-bras, le placard éruptif présente, en plus petit, le même aspect. Dans leur ensemble, ces lésions donnent, à la cuisse et à l'avant-bras, un aspect ficelé.

Il est à noter que la malade a souffert pendant des années de troubles oculaires et qu'elle a été réglée très tardivement, à l'âge de 18 ans. *La biopsie qui a été faite à l'avant-bras a montré l'existence de lésions musculaires autonomes très étendues.*

L'albuminurie notée en 1931 n'a pas été retrouvée en 1933.

OBSERVATION IV

Résumé de l'Observation. — *Gommes ulcérées récentes de la face externe du genou gauche. Hydarthrose de ce genou. Antérieurement, accidents ulcéreux de même aspect ayant duré plusieurs mois à la face antérieure de la cuisse gauche. Persistance sous la cicatrice des lésions ulcéreuses anciennes d'une induration et d'une atrophie manifeste des parties molles de la cuisse ainsi que de périostites décelées à la radiographie. Syphilis segmentaire de la cuisse. Chute spontanée des ongles des deux gros orteils. Constatation directe de lésions musculaires sous-ulcéreuses. Réactions sérologiques très positives. Effets rapides du traitement.*

L'observation a trait à un malade de 50 ans, Vill... Félix. Entré à l'hôpital le 2 juillet 1931 pour y être soigné d'une arthrite du genou apparue en même temps que se développaient, à la face externe de l'articulation, des lésions ulcéreuses qui n'ont cessé de progresser depuis leur apparition.

Le malade a déjà eu, il y a deux ans, à la face antérieure de la cuisse, des ulcérations cutanées semblables à celles dont il est aujourd'hui porteur. Elles ont duré plusieurs mois avant de se cicatriser.

Le malade exerce la profession de chiffonnier.

Mises à part les lésions tégumentaires qui seront décrites plus loin, l'examen est chez lui négatif ; il avoue avoir fait des excès de boisson, mais il n'aurait jamais eu d'affections vénériennes...

8 juillet 1931 (note du Professeur Favre). — Après un nouvel examen du malade, la note suivante est consignée dans l'observation : *Le*

malade présente, à la face antéro-externe du genou gauche, des lésions cutanées dont la nature ne laisse aucune place au doute. Il s'agit de lésions syphilitiques gommeuses et ulcéreuses.

Au-dessus de l'interligne articulaire, à la partie supéro-externe de l'articulation du genou, s'observe une large ulcération à fond irrégu-

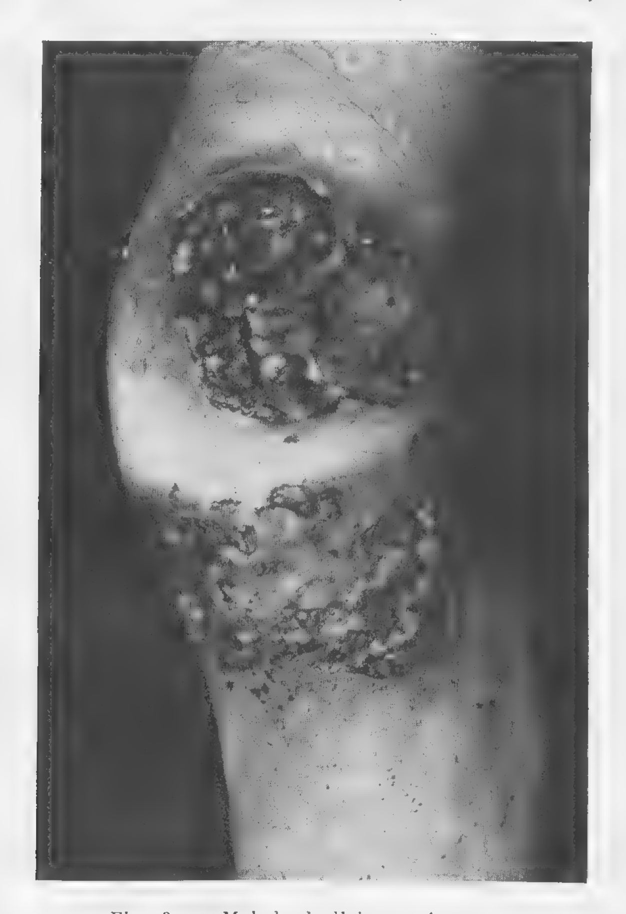


Fig. 3. — Malade de l'observation IV.
La photographie ne montre que les accidents récents. Les lésions anciennes au-dessous desquelles ont été découvertes des altérations musculaires étendues ne présentaient pas de dépressions cicatricielles mais des indurations appréciables seulement au palper.

lier, recouverte par places d'un exsudat jaunâtre, ailleurs de débris sphacéliques.

Au-dessous de l'interligne articulaire, *on trouve une nouvelle lésion ulcéreuse qui est beaucoup moins creusée, elle est limitée par un*

rebord polycyclique ; cicatrisée par endroits, elle est progressive sur d'autres points.

L'articulation du genou est distendue par un épanchement relativement considérable. La gêne fonctionnelle est cependant peu marquée.

Il est très important de remarquer que le malade a déjà présenté à la face antérieure de la cuisse, au tiers moyen, des accidents cutanés ulcéreux, semblables à ceux dont il est actuellement porteur. Ils étaient seulement, dit-il, plus superficiels. Ils ont guéri en laissant une surface cicatricielle de teinte lilacée ressemblant à une cicatrice de brûlure.

Lorsqu'on palpe la cuisse en ce point, on est surpris de constater une induration qu'il est difficile de délimiter dans la profondeur, mais qui est très manifeste. On a, dans toute l'étendue de cette zone sous-ulcéreuse, la sensation d'un épais placard dur, fibreux, dont la rétraction a provoqué une dépression locale atrophique très nette de la cuisse. Des lésions profondes musculo-aponévrotiques ont dû se développer sous l'ulcération.

Il n'y a rien d'autre à ajouter à l'observation du malade. Il faut cependant signaler que le foie est légèrement augmenté de volume et plus dur que normalement.

Les ongles des deux gros orteils sont tombés, il y a 8 mois, spontanément, et ils ont repoussé sous forme de deux masses cornées noirâtres irrégulières.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont très positives.

Vernes = 80.

10 juillet. — On fait au malade une incision exploratrice de la face antérieure de la cuisse au siège de l'induration sous-ulcéreuse ancienne. *L'exploration a permis de constater l'existence de lésions profondes, fibreuses, soudant le muscle à l'aponévrose, pénétrant dans le muscle épaissi et par places lardacé.*

L'examen radiologique du squelette montre à la partie moyenne du fémur, dans la région correspondante aux premiers accidents ulcéreux, une périostite manifeste.

Le malade a quitté le service dans les premiers jours d'août. Il y est revenu pour y suivre un traitement complémentaire. Les ulcérations cutanées ont rapidement guéri et l'épanchement articulaire n'a pas tardé à disparaître.

Le malade n'a pas été revu par la suite (mai 1933).

OBSERVATION V

Résumé de l'Observation. — *Lésions ulcéreuses des jambes évoluant depuis 35 ans. Echec de tentatives de greffe et des traitements topiques divers. Indurations fibreuses sous-ulcéreuses des tissus profonds. Déformations cicatricielles des jambes (pieds bots*

de rétraction, jambes ficelées). Périostites très étendues des os des jambes. Syphilis segmentaire. Albuminurie. Pneumopathie chronique d'une base. Réaction de Wassermann très positive. Cicatrisation rapide des ulcérations par le traitement.



Fig. 4. — Malade de l'observation V.
La photographie montre l'importance des lésions profondes et des rétractions musculaires. Il y a là atteinte massive de tout un segment de membre.

L... Marie, femme G..., 75 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1931. Elle vient à l'hôpital parce qu'elle tousse et qu'on lui a trouvé de l'albumine.

L'intérêt de ce cas vient, en outre, de ce que la malade est atteinte

d'ulcérations des jambes depuis 35 ans. Elle les considère comme incurables, car les divers traitements purement externes qu'on lui a faits sont restés sans résultat ; il en a été de même d'une tentative de greffe.

Les lésions des membres inférieurs sont ainsi décrites dans l'observation prise à l'entrée de la malade dans le service.

Les lésions de la jambe droite ont été très étendues : on les retrouve jusqu'à la hauteur de la tubérosité du tibia ; elles ont évolué par poussées successives, guérissant par places, en laissant des cicatrices étendues dépigmentées. *La jambe est parcourue par des tractus fibreux qui la creusent de dépressions irrégulières et lui donnent un aspect ficelé.*

A gauche, les lésions sont identiques, mais très étendues. On retrouve également de ce côté, mais plus accusées qu'à droite, *des indurations fibreuses et des dépressions profondes. L'une de ces dépressions est particulièrement marquée : elle siège à la partie postérieure de la jambe, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen ; elle forme là, sous les téguments ulcérés ou cicatriciels, un sillon très visible en coup de hache, au-dessus duquel fait saillie la masse des muscles du mollet.*

La palpation montre au-dessus et au-dessous de cette encoche une induration manifeste, un blindage des tissus profonds. *Le pied est en équinisme très accusé, la déformation est absolument irréductible.*

Cette déformation s'est constituée peu à peu, l'altération profonde des parties musculo-tendineuses de la jambe est certainement la cause de cette rétraction et de l'attitude vicieuse du pied.

1[er] mars 1932. — Les recherches faites pour établir la nature des lésions ulcéreuses, qui se sont éternisées sur les membres inférieurs de la malade, ont confirmé ce que l'examen clinique avait fait prévoir, c'est-à-dire la nature syphilitique certaine de ces ulcérations. Trois réactions de Bordet-Wassermann pratiquées depuis l'entrée de la malade ont été fortement positives.

Le traitement a rapidement modifié les lésions : la jambe droite a été cicatrisée la première. A gauche, où les ulcérations étaient étendues et plus profondes et où le pied est déformé, la cicatrisation a été plus lente. Elle est aujourd'hui complète et c'est la première fois, depuis 36 ans, que la malade est complètement cicatrisée.

La radiographie a montré des lésions très étendues du squelette et des parties molles de la jambe gauche.

Les lésions pulmonaires localisées aux bases se traduisent, à la radioscopie, par des épaississements hilaires d'où partent en éventail des tractus qui parcourent la région basale.

L'albumine notée à l'entrée persiste ; la malade est hypertendue à 18/10.

Elle quitte le service pour être placée dans un hospice.

OBSERVATION VI

Résumé de l'Observation. — *Ulcérations très étendues de la région sternale et des régions cervicale et scapulaire gauches. Lésions à contours figurés, à progression excentrique ayant les caractères de lésions cutanées syphilitiques tertiaires. Aspect mamelonné, raviné, ficelé des parties molles du cou. Indurations sous-ulcéreuses. Réactions sérologiques positives. Biopsie de la région cervicale confirmant l'existence d'altérations musculaires profondes. Action rapide et complète du traitement laissant à sa suite une rétraction cicatricielle des téguments du cou extraordinairement accusée. Cou de vieille statue de buis.*

Amélie D..., 39 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 23 avril 1928, pour des lésions ulcéreuses très étendues des régions cervicales, sternale supérieure et scapulaire gauches.

Le début de ces accidents remonte à 4 ans. Les lésions ont apparu d'abord à la région sternale supérieure et se sont peu à peu étendues à la région cervicale. Le foyer scapulaire est entré en activité ultérieurement.

La malade dit n'avoir jamais eu de lésions génitales.

Il y a 10 ans, elle a été traitée dans un service pour une laryngite qui a duré 2 mois. Il ne semble pas que l'on ait fait à ce moment le diagnostic de laryngite spécifique.

Elle a eu deux enfants qui sont en bonne santé. Un troisième est mort 24 heures après sa naissance.

Des renseignements indirects nous ont appris que la malade se livre depuis plusieurs années à la prostitution.

L'examen des lésions cutanées montre leur très grande étendue et la variété de leurs aspects.

A la région cervicale antérieure, les altérations cutanées sont remarquables par leur développement et leur profondeur. Toute la région cervicale antérieure est infiltrée, ravinée, mamelonnée. En divers points sont ouverts des orifices fistuleux par où sourd une quantité minime de pus. Ailleurs, ce sont des rhagades, de profonds sillons cicatriciels entre lesquels les téguments forment de volumineux bourrelets. La palpation montre que cette peau a conservé, par endroits, une certaine souplesse, une relative mobilité sur les plans profonds, mais presque partout il s'est formé une sorte de plastron résistant qui ne permet pas l'exploration des organes qu'il recouvre. Il est à noter que la malade est gênée dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête ; les mouvements de latéralité s'effectuent, par contre, très bien.

Sur la région scapulaire gauche, les lésions très étendues ont un caractère particulier. Sur toute cette région s'étend un vaste placard presque partout cicatriciel. L'inflammation est encore en activité à la périphérie de ce placard. Elle a totalement disparu à sa partie centrale. Les contours de cette surface cicatricielle et ulcéreuse sont figurés, polycycliques, en « pavillon d'oreille ». La zone périphérique d'activité est en nombre de points relativement étroite. Il se forme là des croûtes creusées dans un bourrelet rouge-brun surplombant légèrement la peau



Fig. 5. — Malade de l'observation VI.
Photo no 1.
Lésions non encore traitées, en pleine évolution. La photographie montre l'aspect tourmenté et mamelonné de la région cervicale et scapulaire, la multiplicité des foyers éruptifs, l'état raviné, ficelé des téguments.

saine. Un placard semblable s'observe à la nuque et sur le manubrium sternal. Les lésions de la nuque se montrent actuellement non évolutives.

L'examen viscéral est négatif, particulièrement en ce qui concerne l'appareil respiratoire, l'appareil cardio-vasculaire et le système nerveux.

La réaction de Bordet-Wassermann est très positive.

Note du Professeur Favre (5 mai 1928).

Les lésions que présente la malade varient d'aspect suivant la localisation.

Il y a d'abord des lésions cutanées étendues sur la région du manubrium sternal, de l'épaule gauche et de la nuque. Ce sont des lésions typiques de syphilis cutanée tertiaire, qui ont laissé derrière elles, dans



Fig. 6. — Malade de l'observation VI (après traitement).

leur marche envahissante, des cicatrices blanchâtres, gaufrées. Sur certains points, les lésions ne progressent pas, alors que dans les zones d'envahissement, une mince bordure rougeâtre, généralement recouverte de croûtelles, indique que le processus inflammatoire est en ces points en activité. L'aspect polycyclique, figuré, des lésions, leur tendance cicatricielle, l'absence de tout nodule en dehors des infiltrats de bordure, l'aspect vitiligineux décoloré de certaines cicatrices, ne laissent aucun doute sur la nature réelle de l'infection.

Les lésions les plus intéressantes sont celles qui siègent à la région cervicale, qui vont d'une région mastoïdienne à l'autre en fer à cheval et s'étendent sur toute la hauteur du cou.

Ce qui frappe en examinant le cou, c'est son aspect profondément labouré, raviné ; le même aspect est extrêmement apparent dans les régions angulo-maxillaire et mastoïdienne. Dans ces régions, et surtout à gauche, l'aspect est celui de véritables circonvolutions séparées les



Fig. 7. — Malade de l'observation VI.
La malade est guérie Les ulcérations sont cicatrisées. On notera l'affaissement des bourrelets inflammatoires, l'aspect atrophique cicatriciel bridé de toute la région cervicale. Aspect de vieille statue de buis.

unes des autres par des sillons très profonds creusés par des cicatrices fibreuses, rétractiles. Au fond de ces sillons, on trouve fréquemment des lésions encore en activité, sous forme de petites gommes, d'ulcérations à fond jaunâtre donnant une faible sécrétion purulente.

Dans ces régions, le cou a véritablement pris un aspect ficelé. Sur la face antérieure du cou, les parties molles sont soudées pour former

un large plastron dur, rigide, d'une consistance quasi ligneuse, à la constitution duquel participent non seulement la peau scléreuse et ravinée de cicatrices, mais certainement le peaucier et les muscles sous-hyoïdiens. Il est d'ailleurs impossible à la palpation de délimiter dans la profondeur cette gangue cicatricielle. Seule la photographie en couleur pourrait traduire l'aspect accidenté de ces surfaces cutanées, mais ne pourrait rendre la profondeur des lésions, leur constitution aux dépens de toutes les parties molles de la région précervicale et la rigidité de la carapace cicatricielle.

En contraste avec les données de la palpation, on est frappé par le peu de troubles fonctionnels. La malade tourne franchement la tête ; le seul mouvement qui soit gêné est celui d'extension, de relèvement du menton. On ne peut pas sentir le larynx derrière la cuirasse fibreuse, mais la malade déclare qu'elle n'a aucune gêne respiratoire.

On peut également conclure que les sterno-mastoïdiens ont été profondément touchés : il est impossible d'en percevoir la saillie à l'exploration du cou.

Une exploration a été pratiquée avec le consentement de la malade. Elle a montré des lésions musculaires d'un type particulier, qui seront décrites ultérieurement.

Le 20 juin 1928, la malade a été soumise à un traitement très poussé : néosalvarsan, bismuth, sirop de Gibert. Elle quitte le service transformée. Toutes les lésions qui étaient en activité lors de son entrée sont guéries. Les lésions suppurantes du fond des dépressions cicatricielles sont fermées, et les surfaces rougeâtres ont pris un aspect blanc nacré. Le cou est aussi libre que le permet la sclérose rétractile.

État général excellent.

Note additionnelle (avril 1933).

La malade a été revue à plusieurs reprises dans le service. Son état général est excellent. Aucun retour d'activité des foyers cutanés cicatrisés n'a été constaté. La rétraction cicatricielle des téguments de la région cervicale est extrêmement marquée ainsi que le démontre la photographie. Les bourrelets ont disparu, une large cicatrice occupe toute la région cervicale. Dans les mouvements d'extension, des brides plus épaisses s'accusent sur la surface cicatricielle. Le cou rétracté, bridé à l'aspect de certaines vieilles statues de buis. Le Bordet-Wassermann est resté positif malgré tous les traitements.

OBSERVATION VII

Résumé de l'Observation. — *Syphilides tuberculeuses en traînée de la région pectorale droite et de la partie supéro-interne du bras droit, évoluant depuis plusieurs mois. Lésions d'aspect typi-*

que. Limitation des mouvements d'abduction du bras droit. Indurations musculaires profondes sous-ulcéreuses. Constatation directe de lésions musculaires sous-jacentes aux lésions cutanées.

Intégrité viscérale.

Réaction de Wassermann positive. Guérison complète par le traitement.

Marie D..., 35 ans, ménagère, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 7 juillet 1930, pour des douleurs qu'elle éprouve à la région pectorale droite et à la partie supérieure du bras du même côté. Il s'est développé sur la poitrine et dans le haut du bras des « boutons » indolores, puis des ulcérations. Ces lésions cutanées ont débuté il y a cinq mois environ ; on les a vainement traitées par des pommades.

L'interrogatoire de la malade donne peu de renseignements. Cette femme dit s'être toujours bien portée ; elle est mariée, n'a pas eu d'enfant. Elle dit que son mari a eu une maladie pour le traitement de laquelle on lui aurait fait des injections dans la fesse.

L'examen viscéral ne révèle aucun trouble appréciable ; tout se borne aux lésions thoraciques et brachiales. *Sur le thorax, on trouve, s'étendant sur une hauteur de plus de 12 centimètres, des ulcérations étagées en hauteur, disposées sur une ligne à peu près verticale commençant en haut à trois travers de doigt environ du rebord claviculaire, pour s'arrêter en bas à quatre travers de doigt environ au-dessus du mamelon. A la partie supéro-interne du bras droit se voient des lésions ulcéreuses du même type. Ces lésions présentent tous les caractères de syphilides tuberculo-ulcéreuses ;* ce sont des ulcérations creusées en tissu ferme, entourées d'une auréole d'un rouge-brun et dont le fond est tapissé d'un exsudat jaunâtre. En certains points, les lésions ont guéri en laissant des cicatrices encore rosées, et télangiectasiques ; partout ailleurs, elles sont en pleine activité.

A la partie inférieure de la traînée, des ulcérations plus volumineuses, plus récentes, ont franchement le type gommeux.

On constate que la traînée ulcéreuse déprime nettement la surface thoracique. Cette dépression s'accuse dès que la malade veut écarter le bras du tronc ; elle ne peut d'ailleurs exécuter que des mouvements limités. On constate également que les parties molles profondes de la région pectorale sont nettement indurées dans toute la zone péri- et sous-ulcéreuse.

10 juillet 1930. — La malade a consenti à ce qu'une exploration de ses lésions thoraciques soit pratiquée. Une incision transversale est pratiquée à la partie moyenne de la traînée ulcéreuse pectorale ; *elle montre au-dessous des ulcérations cutanées, et sans qu'au point examiné leur délimitation soit nette, un foyer d'infiltration musculaire sous-jacent aux lésions cutanées ulcéreuses.* Le muscle apparaît décoloré,

épaissi, lardacé. Les lésions dont nous n'avons pas vu les limites débordent largement la zone d'inflammation cutanée.

Un fragment de muscle est prélevé pour l'examen biopsique. Sur une des coupes de ce fragment, on découvre un nodule jaunâtre du volume d'un petit pois.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée chez la malade a été positive.



Fig. 8. — Malade de l'observation VII.
La photographie montre les syphilides tuberculo-ulcéreuses en traînées du bras et de la région pectorale droite. L'aspect déprimé des lésions thoraciques est très imparfaitement rendu. Le malade a été photographié au stade où l'abduction du bras était très limitée.

20 juillet. — La malade quitte le service. Sous l'influence du traitement : novarsénobenzol et sirop mixte, les lésions sont déjà en complète régression.

La malade, peu docile, a tenu à rentrer chez elle, assurant qu'elle continuerait son traitement.

La malade a été revue en septembre complètement guérie. Les mouvements d'abduction du bras avaient repris leur amplitude normale, bien que la palpation permît encore de sentir à la face antérieure du thorax, au siège des lésions ulcéreuses, une induration linéaire profonde résiduelle, peu étendue, mais nette.

OBSERVATION VIII

Résumé de l'Observation. — *Cicatrices de lésions syphilitiques tertiaires de la face antéro-supérieure du bras gauche. Lésions complexes en activité de la région sternale et de la région pectorale gauche (ulcérations, gommes, infiltrations). Induration du grand pectoral gauche. Gêne de l'abduction du bras gauche. A l'exploration du muscle, altérations profondes et étendues. Ostéomyélite syphilitique du sternum. Réactions sérologiques très positives. Guérison rapide par un traitement conjugué. Disparition de la gêne fonctionnelle du bras gauche malgré la persistance d'une induration musculaire résiduelle.*

Lan... Claude, 49 ans, est admis le 5 avril 1929 dans le service du Professeur Favre, venant d'un service de chirurgie où il a fait un court séjour pour des lésions ulcéreuses du bras et de la région pectorale gauches, au sujet desquelles on a discuté le diagnostic d'actinomycose ou de syphilis.

L'observation prise dans le service de chirurgie mentionne que les accidents ont débuté, il y a quatre ans environ, à la face supéro-externe du bras gauche, où elles se sont lentement étendues en guérissant par places.

Il y a un an, une tuméfaction est apparue un peu au-dessous des insertions du sterno-mastoïdien gauche. Un médecin consulté a parlé d'abcès froid, puis cette tuméfaction s'est ulcérée, donnant issue à un liquide jaunâtre et à des débris filamentaux.

Plus récemment, la région pectorale supérieure s'est prise à son tour et des ulcérations s'y sont développées.

La dernière localisation en date est celle de la paroi antérieure de l'aisselle gauche.

C'est pour établir le diagnostic de ces divers accidents que le malade est envoyé dans le service.

La note suivante résume les constatations faites à ce moment :

Le malade présente à la partie supérieure du bras gauche des lésions

qui ne sont plus en activité et qui seront discutées plus tard. *Il est porteur d'accidents en pleine évolution, de lésions complexes, étendues de la région sternale supérieure au bord antéro-externe de l'aisselle gauche.*

A la région sterno-claviculaire gauche, la peau est, sur la surface d'une paume de main, rouge, infiltrée, creusée d'ulcérations profondes sans décollement des bords. Ces ulcérations sont faiblement suppurantes ; l'une d'elles a un fond jaunâtre, luisant, l'autre est bourgeonnante.



Fig. 9. — Malade de l'observation VIII.
Malade photographié après guérison et restauration fonctionnelle. La photographie montre l'étendue des lésions cutanées, la dépression profonde cicatricielle du pectoral qui s'accuse dans l'élévation horizontale du bras et la cicatrice profonde de la région sternale.

A partir de ces ulcérations, et se dirigeant sur le bord antérieur de l'aisselle, on observe une grosse tuméfaction en boudin à la surface de laquelle la peau est nettement congestionnée. Deux gommes cutanées du volume d'une noisette sont en formation sur ces téguments. Le grand pectoral participe d'une façon très nette à l'inflammation. Le bord antérieur du muscle est en effet nettement induré et l'induration se prolonge dans le corps du muscle qui, saisi entre les doigts introduits

profondément sous la paroi antérieure de l'aisselle, se montre épaissi et résistant.

L'abduction du bras est d'ailleurs très réduite. Aucun ganglion n'est perceptible dans l'aisselle.

A la face supéro-externe du bras gauche on voit une surface cicatricielle limitée par des contours arrondis, figurés.

Il s'est agi certainement d'une syphilis tertiaire cutanée actuellement cicatrisée.

L'examen général du malade ne révèle aucune lésion viscérale. On constate seulement que le testicule gauche fusionné avec l'épididyme forme une masse régulière dure et lisse.

Le malade n'a eu ni blennorragie, ni traumatisme ; mais un peu d'enflure, d'ailleurs indolore, aurait précédé l'atrophie actuelle.

Dans le but d'explorer les lésions, d'en préciser le siège et la nature, une incision est faite, partant du sternum et dirigée vers le bord antérieur de l'aisselle. L'incision de la région pectorale supérieure donne issue, après ouverture de l'aponévrose, à une assez grande quantité de liquide filant, glaireux, contenant des débris floconneux. Le muscle profondément altéré est infiltré ; il est creusé de logettes où se sont accumulés du liquide et des détritus floconneux. Dans les parties infiltrées, le muscle est grisâtre, lardacé. L'articulation sterno-claviculaire est ouverte dans la profondeur.

Les altérations sternales sont à ce point profondes que la curette, à la première tentative d'exploration de l'os, le traverse dans toute son épaisseur.

8 avril 1929. — Les réactions sérologiques (Bordet-Wassermann et Hecht) sont très positives.

10 mai 1929. — Les suites ont été plus rapides que l'étendue et la profondeur des lésions, et tout spécialement des lésions musculaires et osseuses pouvaient le faire prévoir. Les ulcérations de la région sternale et claviculaire se sont comblées, et ont guéri en 15 jours environ. Elles ont été traitées par le sirop de Gibert et le novarsénobenzol. L'induration étendue du sternum au bord antérieur de l'aisselle a rapidement diminué, mais à la sortie du malade l'abduction du bras était encore incomplète, et le pectoral restait plus dur que du côté opposé.

6 avril 1932. — Le malade est revu aujourd'hui. Son état général est parfait. Il peut sans peine et avec un rendement équivalent travailler de son métier de métallurgiste qui est très pénible. Non seulement, dit-il, il n'est pas fatigué, mais il a engraissé et se sent très vigoureux.

Les lésions anciennes sont représentées à la région deltoïdienne et brachiale supérieure gauche par un vaste placard cicatriciel disposé en bouquet dont le paquet de tiges remonte vers la région acromiale et les fleurs s'épanouissent dans la région antibrachiale supérieure. La partie supérieure de la cicatrice, les tiges du bouquet, sont formées d'un tissu chéloïdien. A la région antibrachiale, les cicatrices sont

dépigmentées, non chéloïdiennes. On voit encore nettement en certains points leurs contours circinés.

A la région thoracique antérieure, on voit la cicatrice des lésions qui s'étendaient du sternum au bord antérieur du pectoral.

Sur la première pièce du sternum, l'os est irrégulier, bosselé de saillies que l'on trouve également à la palpation de la tête de la clavicule.

Plus en dehors, une cicatrice déprimée, large de près de deux travers de doigt, est le seul vestige des lésions considérables que présentait ce malade à son entrée. Cette cicatrice va en s'atténuant jusqu'au bord antérieur du pectoral qui est nettement rétracté et attiré en dedans.

A la palpation, on perçoit, sous la cicatrice, un tissu fibreux qui la sous-tend. La bride fibreuse se continue jusqu'au bord externe de l'aisselle. A la palpation, le pectoral est dur, comme fibreux, sous cette bande cicatricielle, et cependant, paradoxalement, les mouvements sont remarquablement conservés.

Le malade qui avait, lors de son séjour dans le service, le bras collé au corps, peut maintenant exécuter avec facilité et avec la même amplitude que du côté opposé tous les mouvements.

Une inoculation avait été faite du liquide séro-purulent et des fragments de muscle altérés. Deux cobayes ont été inoculés et le résultat de ces inoculations a été négatif.

*
* *

Les observations détaillées que nous venons d'étudier apportent un fait nouveau, dont il est inutile de souligner l'intérêt : celui de l'existence plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer de foyers profonds de syphilis musculaire au-dessous de syphilides cutanées tertiaires ulcéreuses par elles-mêmes des plus classiques. Il est impossible de ne voir en ces faits qu'une simple coïncidence. Sans vouloir exagérer leur fréquence, nous ne pouvons oublier, cependant, qu'il nous a été possible d'en réunir 8 observations en l'espace de trois années. Aussi croyons-nous donc bien, qu'il y a là un fait anatomo-clinique auquel il est impossible de ne pas reconnaître une autonomie certaine. La juxtaposition de ces foyers syphilitiques doit trouver son explication dans un mécanisme pathogénique spécial qu'il serait intéressant de rechercher. Dans certains cas d'ailleurs (observations I, V et VIII) les désordres anatomiques n'intéressent pas seulement la peau et les muscles. L'examen clinique et la radiographie révèlent, en effet, d'importantes périostites, voire même des ostéites (obs. VIII) : il s'agit bien d'une syphilis

régionale à foyers multiples, d'une syphilis segmentaire. Si, en pareils cas, les désordres profonds sont évidents et indéniables, dans la plupart de nos autres observations ils demandaient à être recherchés avec la plus grande minutie. Dans d'autres cas, enfin, comme dans notre première observation, leur découverte fut absolument fortuite. Aussi, peut-on se laisser aller à penser que les myosites syphilitiques sous-ulcéreuses ne sont peut-être pas aussi exceptionnelles qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Leur caractère larvé ou même complètement latent rend compte de leur apparente rareté. Comment les découvrir si l'on ne songe à aller les rechercher systématiquement au-delà des manifestations cutanées derrière lesquelles elles se dissimulent ! On est certes d'autant plus excusable de les méconnaître que les syphilides tertiaires, par leur richesse, leur exubérance, sont bien faites pour retenir abusivement l'attention. Le dermatologiste s'arrête volontiers à contempler ces vastes placards tuberculo-ulcéreux à bords festonnés, à évolution centrifuge, tels que nous les avons habituellement rencontrés chez nos malades. Ces lésions de surface constituent au diagnostic des localisations profondes un obstacle d'autant plus grand, que très souvent la symptomatologie objective ou fonctionnelle des altérations musculaires proprement dites est des plus réduites. Dans notre observation initiale n'existaient aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle. La malade faisait son travail, pouvait coudre, tricoter sans la moindre maladresse ; elle n'accusait aucune diminution de force ; la palpation, la mensuration ne montraient aucune modification de l'aspect ou de la tonicité des muscles. Cette forme absolument latente doit être évidemment rare, et le plus souvent, un examen objectif attentif nous a permis de déceler certaines modifications, soit dans la forme, soit dans la consistance de la masse musculaire intéressée. Dans notre observation III, existait une véritable dépression « en coups de hache » de la partie moyenne de la cuisse, dont on se rend parfaitement compte sur le document photographique. Dans d'autres cas, l'atteinte musculaire ptovoquait des déformations très apparentes ; c'est ainsi que le malade de l'observation V se présentait avec le pied en équinisme, et qu'il devenait impossible de méconnaître la participation importante du système musculaire, d'autant plus que la jambe, par ailleurs, était labourée de tractus fibreux qui la creusaient de

dépressions irrégulières. Les troubles fonctionnels vont habituellement de pair avec les troubles objectifs, et l'on peut tout observer, depuis de simples douleurs, jusqu'à des limitations, voir même des impotences plus ou moins complètes. Enfin, à un stade plus avancé, où après intervention d'une thérapeutique antisyphilitique, dirigée contre les manifestations cutanées seules reconnues, on peut encore parfois affirmer l'atteinte musculaire profonde par la perception d'altérations résiduelles plus ou moins étendues, d'indurations musculaires avec ou sans rétraction, de dépressions anormalement accusées. Ce diagnostic rétrospectif garde tout son intérêt.

La notion de ces faits étant acquise, il était intéressant de se demander comment se reliaient entre elles ces différentes lésions. Chez tous nos malades, nous avons, avec leur consentement, procédé à des explorations et à des prélèvements des lésions musculaires. Pour les atteindre, le bistouri avait à traverser le plus souvent des aponévroses ou des zones celluleuses remarquablement indemnes. Aussi, avons-nous bientôt acquis la conviction, que dans la plupart des cas, tout au moins, il s'agit de foyers distincts, autonomes, séparés par des plans anatomiques demeurés sains. A cette considération d'ordre macroscopique, il faut en ajouter une autre apportée par les examens histologiques eux-mêmes. Ceux-ci, en effet, nons ont montré de façon habituelle des lésions propres de myosite, des foyers gommeux autonomes, et non pas un simple granulome inflammatoire de propagation. Il y a là deux arguments qui établissent de façon formelle qu'il y a d'ordinaire, entre toutes ces lésions, de simples rapports de contiguité mais non de continuité réelle. Cliniquement d'ailleurs, et avant toute exploration plus poussée, il était permis de le supposer déjà à l'aspect de ces syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses qui se présentaient avec tous les caractères de la plus complète autonomie, et ne différaient en rien de celles que l'on peut observer isolément, en l'abscence de toute myosite sous-jacente. Dans certains cas toutefois (observation VIII) qui correspondent à un stade évolutif plus avancé, les lésions s'étaient en quelque sorte fusionnées, et l'on était en présence de véritables syphilomes régionaux en nappe, englobant dans leur masse inflammatoire, peau, tissu cellulaire, muscles et squelette. Devant une telle atteinte qui ne respecte aucun plan anatomique, il peut devenir difficile de préciser en quels points

exacts le processus a débuté. Mais là encore, l'anatomie pathologique permet de répondre en montrant, à différents niveaux, des foyers gommeux indépendants qui ne peuvent, en aucun cas, être le résultat d'une simple propagation granulomateuse.

Si dans les faits que nous avons observés, nous avons établi l'existence habituelle de foyers syphilitiques étagés et autonomes, il n'est pas impossible de supposer que, dans d'autres cas, il en aille autrement. Dans une première manière de voir, on peu fort bien imaginer que des ulcérations syphilitiques tertiaires, voire de véritables gommes cutanées, soient capables d'envahir de proche en proche le tissu cellulaire sous-cutané et les groupes musculaires directement sous-jacents. Cette évolution de la surface vers la profondeur pourrait être facilitée en certaines régions par le peu d'épaisseur du tissu cellulaire et la proximité des masses musculaires. A la région cervicale, par exemple, ou thoracique, un tel processus est vraisemblablement possible. Mais nous n'avons observé aucun fait qui permette d'en établir la réalité. Et dans cette hypothèse d'ailleurs, nous ne pensons pas que les lésions musculaires soient du même ordre que celles que nous avons décrites et que l'on puisse, en pareil cas, rencontrer de véritables myosites gommeuses. Inversement, il serait plus logique encore d'admettre la possibilité d'une évolution vers la peau de gommes musculaires profondes, qui viendraient en quelque sorte s'ouvrir à la surface. Dans cette dernière manière de voir, certaines ulcérations syphilitiques de la période tertiaire d'allure gommeuse, pourraient ne représenter que l'extériorisation d'altérations sous-jacentes susceptibles peut-être, en certains cas, d'être méconnues si on ne procède pas à leur recherche de facon systématique. Ces lésions ulcéreuses d'affleurement, ainsi que l'un de nous se plaît à les désigner, existent probablement, mais elles constituent un ordre de faits quelque peu différent de celui qui nous occupe en ce moment. Si nous avons tenu à envisager ces diverses éventualités par lesquelles le système musculaire et le revêtement cutané peuvent, en des sens différents, réagir l'un sur l'autre, c'est pour bien insister sur ce point, que devant toute lésion syphilitique tertiaire cutanée, il importe de ne pas limiter le champ des investigations au seul département dermatologique. Il faut, en effet, penser à l'existence possible de véritables « *syphilis régionales* » et explorer les plans

anatomiques sous-jacents moins souvent indemnes qu'on pourrait le supposer. On en vient alors à soulever la question du mécanisme de production de ces différentes lésions. Si ce n'est pas le hasard qui a présidé à leur éclosion, à quelle cause attribuer cette curieuse systématisation ? Faut-il y voir le résultat d'altérations vasculaires segmentaires, métamériques pourrait-on dire, susceptibles de retentir sur tous les éléments anatomiques d'une même région ? Il est permis de le supposer avec la plus grande vraisemblance lorsqu'on se souvient de l'importance des lésions des vaisseaux dans le déterminisme des accidents syphilitiques tertiaires, et des gommes en particulier. En tout cas, seule une explication vasculaire nous semble pouvoir rendre compte de la topographie curieuse de ces syphilis régionales, étagées, segmentaires. Il nous serait évidemment difficile d'en fournir la preuve, et les myosites sous-ulcéreuses que nous avons décrites restent, à cet égard, relativement énigmatiques. Notre but était seulement ici d'attirer l'attention sur leur existence, et d'inciter les syphiligraphes à les rechercher plus souvent, persuadés que nous sommes de leur réelle fréquence.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTOGENÈSE DE LA MALADIE DE KAPOSI

Par M. GRZYBOWSKI
(Travail de la Clinique Dermatologique de l'Université de Varsovie).

La maladie connue sous le nom de sarcomatose multiple hémorrhagique pigmentaire de Kaposi est bien étudiée tant au point de vue de l'aspect morphologique des lésions qu'au point de vue de son évolution.

Par contre l'étude histologique en est loin d'être terminée, et un désaccord très manifeste règne dans l'appréciation des lésions tissulaires.

On connaît les principales théories émises pour expliquer le processus morbide :

a) Selon Philippson, Mestscherski, Jordan, Kaposi, Unna et d'autres, les lésions consistent dans une prolifération néoplasique du tissu conjonctif, le processus néoplasique aboutit à la formation du sarcome : sarcome fusocellulaire pour les uns (Balzer, Rubens-Duval), sarcome globocellulaire pour les autres. Cependant l'évolution bénigne de la maladie, avec tendance des tissus néoformés à la sclérose, la régression spontanée des tumeurs, la rareté des vraies métastases — tout cela s'accorde fort mal avec les idées actuelles sur la nature des sarcomes, de sorte que ce point de vue trouve actuellement peu de partisans ;

b) Certains auteurs (Paltauf, Majocchi, Pelagatti, Sellei, Sequeira et Bulloch) considèrent la maladie de Kaposi comme un granulome particulier, peut-être même d'origine infectieuse, mais comme son étiologie reste toujours complètement obscure, ce point de vue est purement hypothétique. D'autre part la structure « granulomateuse » des tissus est loin d'être fréquente dans la maladie de Kaposi.

c) Sternberg (1) a décrit un cas de maladie de Kaposi avec des métastases dans les intestins; ces métastases paraissaient provenir des fibres musculaires lisses; mais comme cette observation est restée unique il serait téméraire de généraliser ces conclusions sur l'origine des lésions tissulaires dans la maladie de Kaposi;

d) L'élément vasculaire a depuis longtemps attiré l'attention des histologistes, et nombre d'entre eux considèrent la maladie de Kaposi comme un angio-sarcome (Gilchrist et Ketron), angio-périthéliome (R. Bernhardt), endothéliome (Ramel), voire même angiome atypique (Favre, Kracht). Ce point de vue nous paraît avoir une part de vérité et nous le discuterons par suite en détail;

e) Une hypothèse entièrement nouvelle a été émise récemment par MM. Pautrier et Diss. L'éminent chef de l'école Strasbourgeoise suppose, notamment, que la maladie de Kaposi consiste en une dysgénésie des parois vasculaires, dont les éléments neuraux (cellules de Schwann) et musculaires prolifèrent, ce qui occasionne un ensemble de lésions voisines de celles du glomus neuro-myo-vasculaire. Cette hypothèse, des plus séduisantes par sa nouveauté, trouve un appui dans les observations de MM. Hudelo et Cailliau; par contre Nardelli (2) n'a pas trouvé, chez le malade observé par lui les lésions décrites par MM. Pautrier et Diss.

f) Dans un mémoire très documenté, M. Dörffel (3) considère la maladie de Kaposi comme une lésion du système réticulo-endothélial, en faveur de quoi plaident, selon l'auteur, la monocytose sanguine et l'origine vasculaire des cellules néoplasiques.

L'extrême divergence des opinions sur la nature de la maladie de Kaposi justifie la publication des cas minutieusement examinés par nous. Les trois malades que nous avons eu l'occasion de suivre pendant de longues années, avaient été l'objet de très nombreuses biopsies, ce qui nous a permis de reconstruire pas à pas l'évolution des lésions au point de vue histologique.

La description clinique de nos malades sera très brève, car il s'agissait de cas typiques, tant au point de vue de l'évolution de la maladie qu'au point de vue morphologique (voir les photos).

(1) Sternberg. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, vol. III.
(2) Nardelli. *Giornale Italiano di Derm.*, 171.
(3) Dörffel. *Arch. of Derm.*, vol. XXVI.

Observation I. — M. David W., âgé de 54 ans, Israélite. Dans les antécédents personnels et héréditaires, on ne trouve rien qui puisse être mis en relation directe avec la maladie actuelle qui a débuté il y a 6 ans par des taches violacées sur les paumes des mains. Le jour ou le malade se présenta chez nous, le tableau clinique était typique, les lésions consistaient en des taches rouge violacé, qui disparaissaient sous la pression, et en des placards plus ou moins infiltrés de la même teinte.

Au fur et à mesure que la maladie progressait les taches s'infiltraient et, au cours des 6 années que dura notre observation, certaines taches, imperceptibles d'abord au toucher sont devenues des placards typiques (fig. 1).



Fig. 1. — Observation 1. Taches rouges violacées et infiltrats typiques de la maladie de Kaposi.

L'ensemble des lésions ne laisse aucun doute qu'il s'agissait bien de la maladie de Kaposi.

Ajoutons que l'état général du malade pendant toute la période d'observation était satisfaisant et que nous n'avons jamais constaté de lésions viscérales.

Observation II. — Mme Chana G., âgée de 46 ans, Israélite. Les lésions cutanées ont débuté par des taches violacées ; sur les plantes des pieds, insidieusement apparurent des taches nouvelles, tandis que les anciennes s'élargissaient et s'infiltraient. Actuellement les paumes des mains, les plantes des pieds, les avant-bras et les jambes sont couvertes de nombreuses taches isolées ou confluentes, de teinte vineuse, ainsi que de petits nodules cutanés, légèrement infiltrés ; les lésions sont indolores, leur ensemble est absolument typique de la maladie de Kaposi (fig. 2).



Fig. 2. — Observation 2. Infiltration diffuse et taches violacées de l'extrémité inférieure.



Fig. 3. — Observation 3. Aspect typique de la main.

Observation III. — M. Boris F., âgé de 63 ans, Israélite ; au dire du malade, son mal a débuté il y a 15 ans par des « furoncles », mais les lésions indiscutablement de nature kaposienne existent sur la face et les membres depuis 11 ans. Le malade est suivi par moi depuis 5 ans au cours desquels quelques dizaines de biopsies ont été pratiquées sur des lésions d'âges très différents, le malade — homme intelligent — se déclarant prêt à « servir la science ». Les lésions cutanées consistent en des placards confluents de teinte violacée, sur les paumes des mains et les plantes des pieds, en dehors de ces lésions toute la surface du tégument

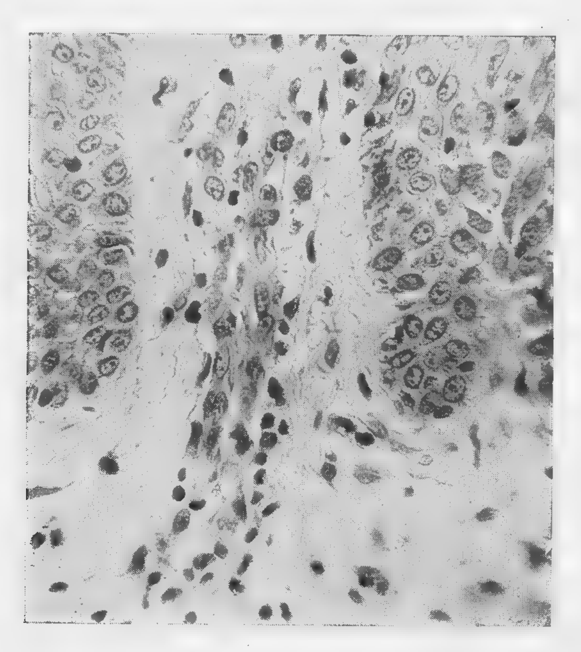


Fig. 4. — Un capillaire à paroi épaissie, avec des cellules conjonctives à proximité immédiate. Lésions de la période initiale de la maladie de Kaposi ne présentant rien de caractéristique. Grossissement 373 diamètres.

est couverte de quelques centaines de tumeurs de tailles différentes, rouge violacé, ou jaune brunâtre.

Certaines tumeurs sont manifestement pédiculées. La peau des bourses et des fesses est complètement farcie de tumeurs dures extrêmement nombreuses. La langue est infiltrée de nodules de dimensions variées, la prostate est dure, sa surface est irrégulière et bosselée.

L'examen clinique ne décèle pas de tumeurs dans les viscères, la radiographie du squelette et du thorax est négative au point de vue des métastases.

L'état général du malade, vu l'extrême évolution de la maladie, est satisfaisant, le malade accuse un dyspnée modérée et les jambes sont manifestement œdématiées, cet état n'est cependant pas grave et n'empêche pas le malade de mener une vie presque normale.

Pour l'étude histologique des lésions et les conclusions à en déduire, nous commencerons par la description des lésions maculeuses non infiltrées, ensuite nous passerons en revue toute la série des lésions de plus en plus anciennes et par conséquent de plus en plus infiltrées.

Les lésions du début consistent en un épaississement des parois des vaisseaux minuscules — capillaires ou artérioles terminales papillaires ; les cellules endothéliales des vaisseaux en question sont œdémateuses, manifestement augmentées en nombre (fig. 4).

Pas de trace de réaction inflammatoire dans la couche superficielle du chorion mais, à proximité des vaisseaux, les cellules, conjonctives du tissu ambiant sont, de-ci, de-là, plus nombreuses qu'à l'état normal. En somme les lésions sont tellement discrètes, que, même pour un histologiste avéré, le diagnostic ne serait pas aisé.

A ce stade initial, l'hémosidérine peut faire défaut ; elle n'est jamais abondante au début de la maladie.

Dans beaucoup de coupes, nous avons constaté les mêmes lésions vasculaires dans les vaisseaux profonds du derme ; cependant la constatation des lésions vasculaires sur ce plan profond est très difficile à cause de l'irrégularité de la distribution des vaisseaux dans la profondeur du derme. Cependant il ne nous paraît pas douteux, que même au début de la maladie, les lésions se développent sur deux plans différents : superficiellement, dans les vaisseaux du plexus papillaire et, dans la couche profonde, en rapport avec le plexus vasculaire dermique.

Les méthodes argentaffines montrent que les cellules des parois épaissies des capillaires et des artérioles sont entourées d'un réseau de fines fibres grillagées, ce qui prouve leur origine vasculaire.

Par contre nous n'avons point observé, en nous servant des procédés de Ramon y Cajal et de Bœcke, de fibres nerveuses en continuité ou en contiguïté avec les cellules des parois vasculaires.

Et si, en quelques points nous avons pu constater la présence de fibres nerveuses au voisinage des vaisseaux sanguins — nous n'avons

pas pu établir leur rapport avec les cellules hyperplasiées des parois vasculaires.

Dans des lésions plus anciennes, l'hyperplasie cellulaire est de plus en plus manifeste, et, même les parois des vaisseaux de calibre relativement petit, sont formées par des cellules à disposition concentrique, logées dans les mailles des minuscules fibres collagènes et argentaffines. La disposition des cellules peut-être lâche, mais on trouve aussi des vaisseaux avec des parois dont les cellules

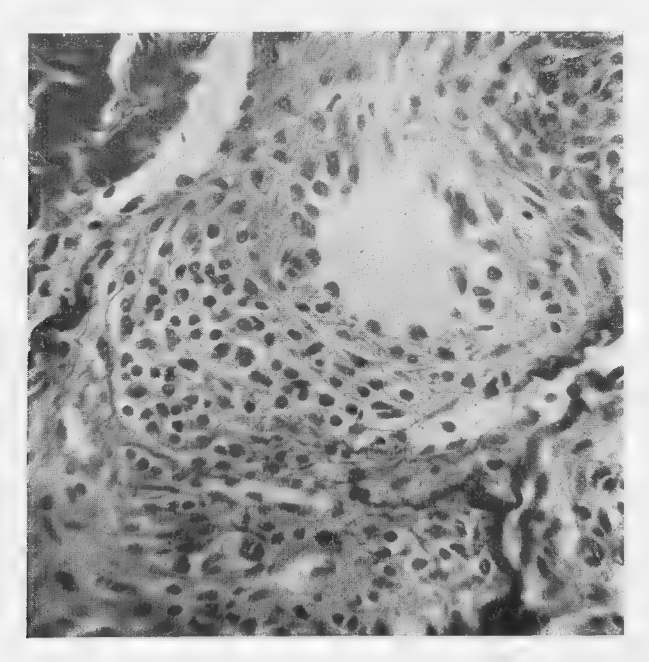


Fig. 5. — Vaisseau sanguin à paroi épaissie, nombreuses cellules épithélioïdes dans la paroi vasculaire. Tableau analogue aux descriptions de MM. Hudelo et Cailliau. Grossissement 373 diamètres.

sont très serrées les unes contre les autres, de forme ovoïde ou polygonale, à noyau clair avec le cytoplasme présentant une très faible affinité aux colorants usuels. Notons, que nous n'avons pas réussi à colorer des myofibrilles et que les fibres nerveuses étaient peu abondantes dans les parois de ces vaisseaux.

A part cela le tableau que nous venons de décrire correspond exactement aux descriptions de MM. Hudelo et Cailliau (fig. 5).

Comme eux nous avons observé que les cellules des parois vasculaires sont d'aspects très différents et qu'à côté de cellules ovoïdes et polygonales existent des cellules fusiformes et rubanées. Cependant à notre avis l'aspect de ces cellules est celui des cellules conjonctives et il est parfaitement possible d'établir toute une série cellulaire à partir de la cellule conjonctive pour terminer par une

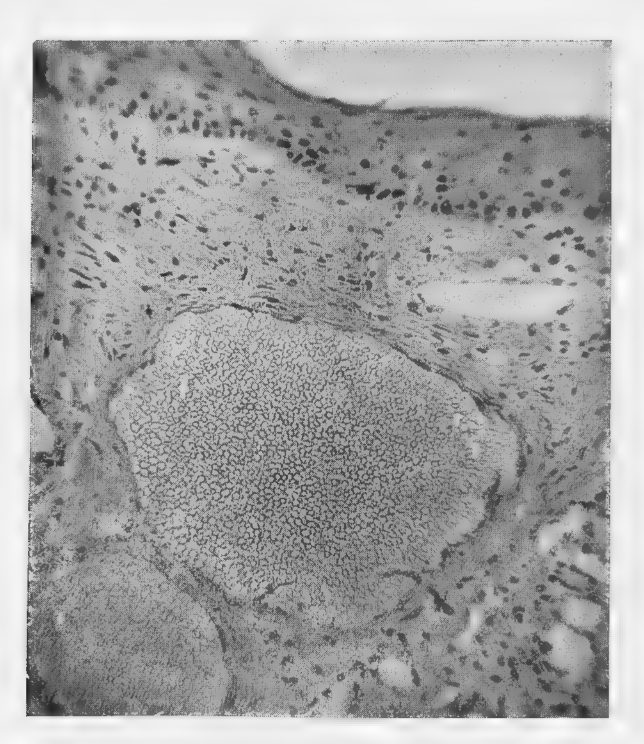


Fig. 6. — Vaisseau sanguin distendu par la stase ; des hématies sont présentes dans le vaisseau. Grossissement 237 diamètres.

cellule « rubannée » ; nous n'avons jamais pu constater de prolongements cellulaires liés aux fibres nerveuses.

Les vaisseaux décrits ci-dessus et représentés sur la figure 5, appartiennent au type des vaisseaux à parois épaisses et, répétons-le, peuvent être comparés aux vaisseaux décrits par MM. Hudelo et Cailliau. Cependant en dehors de ceux-là, tout comme MM. Hudelo et Cailliau, nous avons constaté dans le derme superficiel des vaisseaux extrêmement élargis à paroi mince, constituée par une seule

couche de cellules endothéliales plates ; ces vaisseaux, probablement distendus par la stase, forment souvent de vrais sinus ; leur abondance laisse à supposer qu'il s'agit là d'une véritable néoformation des vaisseaux (fig. 6).

Ces vaisseaux à paroi endothéliale simple extrêmement élargis appartiennent, semble-t-il, exclusivement, au plexus superficiel.

Dans les couches profondes du derme on n'observe pas de pareils vaisseaux élargis, il est par conséquent probable que les vaisseaux



Fig. 7. — Vaisseau presque rempli par des cellules endothéliales, fusiformes, desquamées. Grossissement 105 diamètres.

sous-cutanés ne sont pas modifiés par le processus morbide. Pour vérifier cette supposition nous avons prélevé une large pièce opératoire à la région fessière du malade de notre troisième observation, en prenant soin d'obtenir le tissu adipeux sous-cutané sur toute son épaisseur. L'examen histologique a montré que les vaisseaux sanguins du tissu adipeux étaient normaux.

En somme les lésions de la période de début consistent dans une néoformation des vaisseaux et dans l'hyperplasie des parois des minuscules vaisseaux sanguins.

La présence de l'hémosidérine à ce stade est très inconstante; notons qu'on ne trouve pas d'espaces intertissulaires remplis de sang, ce qui a lieu dans les formations tumorales.

C'est dans les plaques manifestement infiltrées et dans les tumeurs, que l'on constate l'évolution ultérieure des lésions vasculaires.

Dans beaucoup de vaisseaux l'endothélium et, peut-être, d'autres

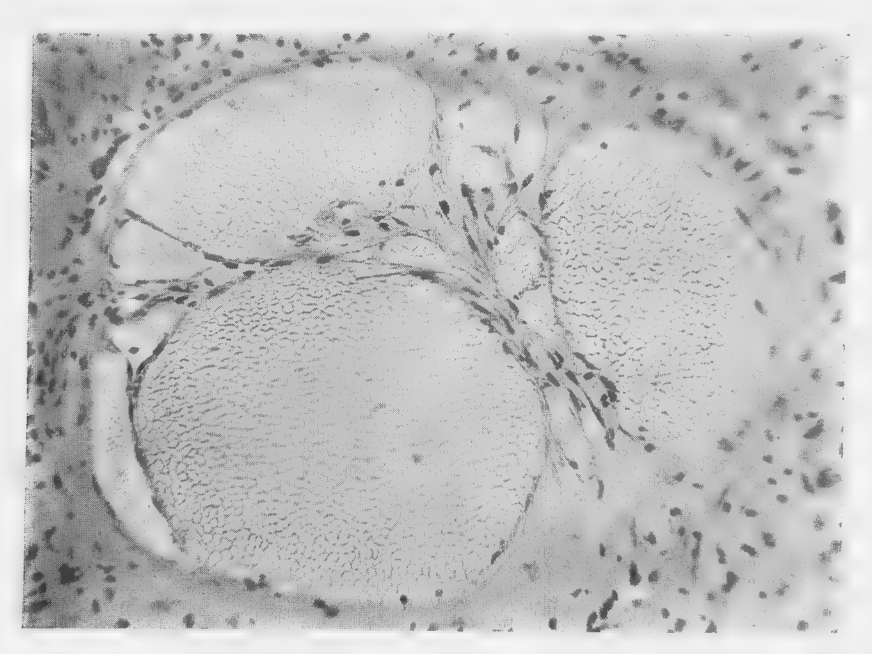


Fig. 8. — Début de la formation des cloisons intravasculaires endothéliales qui séparent le canal vasculaire primitif en des canaux « de deuxième ordre ». Grossissement 264 diamètres,

cellules des parois vasculaires, prolifèrent manifestement. Les cellules endothéliales perdent leur aspect normal; elles ne sont plus plates ni fusiformes; elles deviennent polygonales ou cubiques et parfois ressemblent aux cellules glandulaires.

Dans d'autres endroits l'endothélium garde son aspect normal, mais la prolifération intense des cellules amène leur desquamation tellement prononcée, que certains vaisseaux sont presque remplis de cellules fusiformes desquamées (fig. 7).

Cette prolifération des cellules endothéliales constitue le phénomène le plus caractéristique du processus. En suivant pas à pas l'aspect des vaisseaux on peut établir le schéma du développement des tumeurs.

Les cellules endothéliales des larges sinus décrits ci-dessus, en proliférant, forment des cloisons qui divisent leur lumière en une série de canaux « de deuxième ordre » (fig. 8).

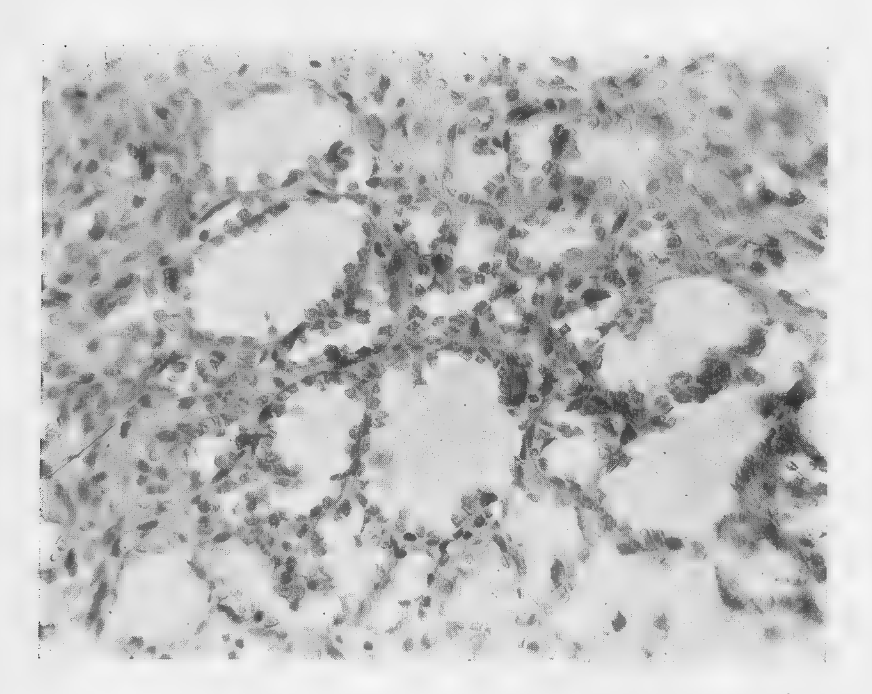


Fig. 9. — La formation des cloisons intravasculaires aboutit à la réalisation de l'aspect caverneux du tissu. Grossissement 393 diamètres.

La prolifération endothéliale continue et les cloisons deviennent en conséquence de plus en plus nombreuses, tandis que la lumière des canaux devient de plus en plus étroite (fig. 9 et 10).

Enfin, la prolifération des cellules endothéliales aboutit à l'oblitération complète du vaisseau, ce qui est très visible sur la figure 11 où la bande centrale présente le reste de la lumière du vaisseau complètement obstrué par des cellules proliférées, parmi lesquelles on reconnaît la présence des globules rouges ; les bandes latérales

constituent les parois du vaisseau dont les cellules dans l'état d'extrême prolifération, passent imperceptiblement dans les tissus de la tumeur.

En réalité toute la tumeur est formée par des vaisseaux pareils, tellement modifiés par le processus de prolifération cellulaire, dirigé, tant vers la lumière du vaisseau, que vers sa périphérie, qu'il est difficile ou presque impossible de reconnaître les vaisseaux et que seule la mise en lumière de toute la gamme évolutive, prouve que le processus évolue en fait selon le schéma indiqué.

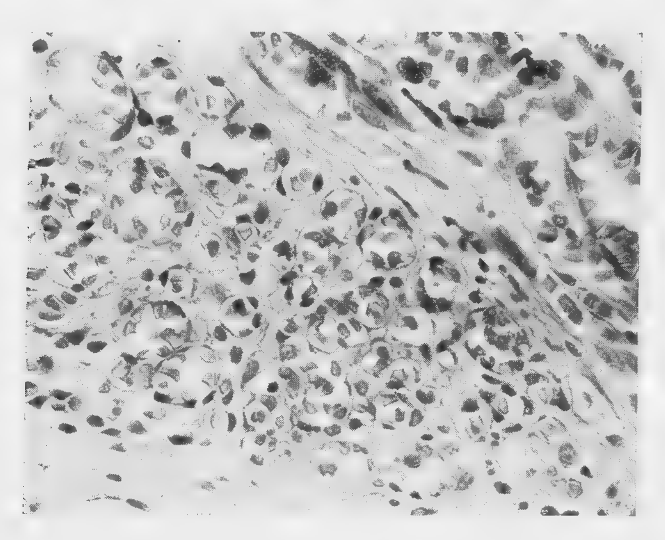


Fig. 10. — Les canaux dérivés du canal primitif par le fait d'une immense prolifération des cloisons intravasculaires sont très nombreux mais leur lumière est très étroite. Grossissement 455 diamètres.

La tumeur est, par conséquent, comparable à un vaste plexus angiomateux qui peut prendre l'aspect caverneux si la néoformation des vaisseaux domine le processus, l'aspect d'un angio-fibrome si le tissu néoformé a tendance à la sclérose, ou enfin l'aspect d'un néoplasme, si c'est la prolifération des cellules qui domine le processus.

Cette conception exige la preuve d'une grande néoformation des vaisseaux, car tout l'ensemble de la tumeur ne serait rien d'autre qu'un vaste plexus angiomateux. Or la néoformation vasculaire

dans les périodes initiales de la maladie de Kaposi ne peut être mise en doute, et nombre d'auteurs insistent sur ce point. On ne trouve cependant presque pas mention de la néoformation des vaisseaux dans les tumeurs déjà constituées. A notre avis, ce processus continue au sein des tumeurs établies (qui augmentent de volume),

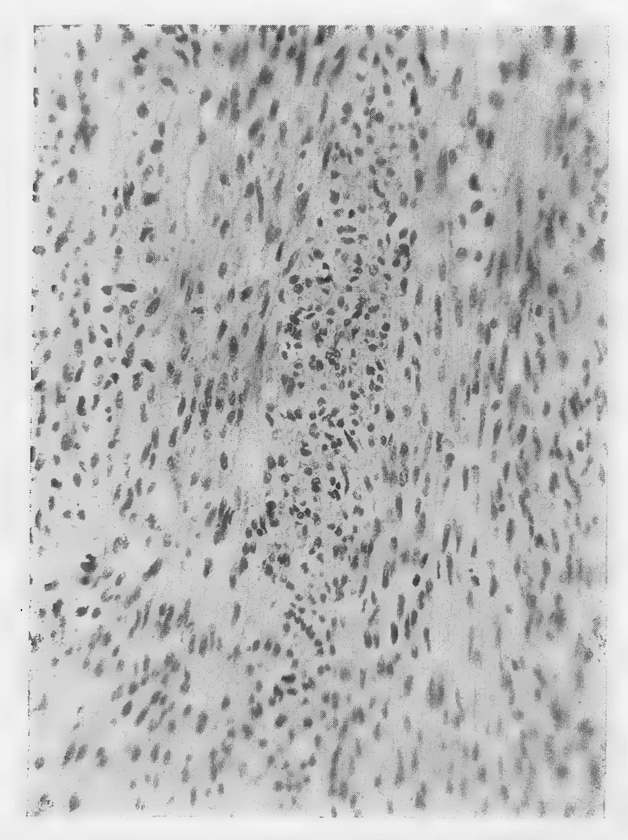


Fig. 11. — Un vaisseau sanguin complètement oblitéré à la suite de la prolifération endothéliale. Les bandes latérales sont les vestiges des parois proliférés, la zone centrale est le résidu de la lumière du vaisseau ; on y aperçoit les restes des hématies. Grossissement 317 diamètres.

et ce sont précisément des petits vaisseaux de la paroi même des vaisseaux de calibre plus important — qui prolifèrent ; on reconnaît aisément de tels « vasa vasorum » sur la figure 12 où l'on aperçoit un vaisseau à parois assez larges qui se confondent pres-

que imperceptiblement avec la masse tumorale et dans ces parois de petits vaisseaux sectionnés transversalement.

De pareils petits vaisseaux augmentent de volume et forment des faisceaux nouveaux de calibre plus volumineux (fig. 13) qui à leur tour sont le point de départ de vaisseaux nouveaux.

Ce mode de formation du tissu kaposien explique aisément la présence des globules rouges, parfois en très grande abondance, dans les tissus.

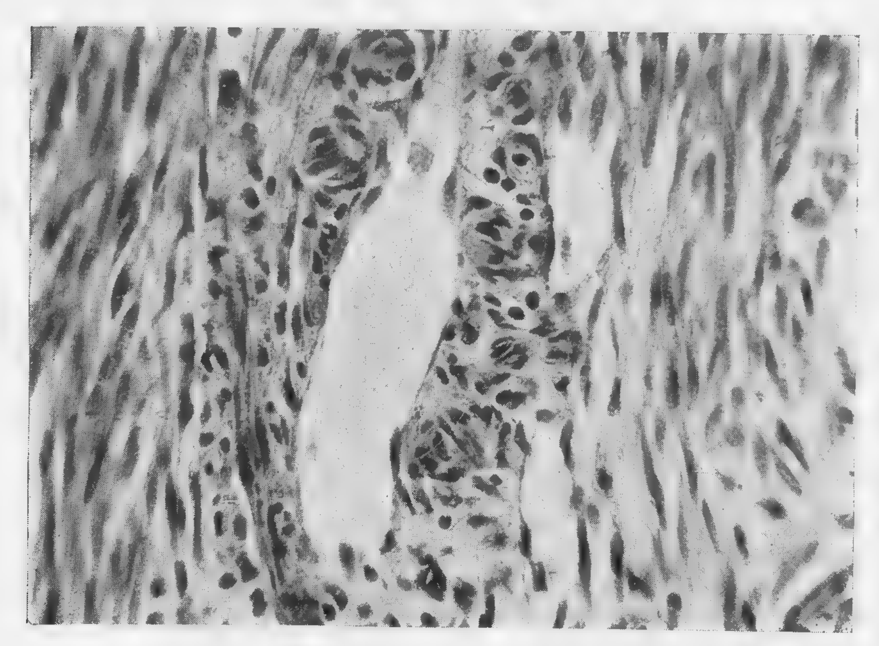


Fig. 12. — Vaisseau sanguin de la partie tumorale avec formation de nombreux « vasa vasorum » sectionnés transversalement. Grossissement 455 diamètres.

On explique d'habitude la présence de nombreuses hématies dans les tissus par la diapédèse des globules à travers les parois modifiées des vaisseaux.

Nous ne nions pas que ce processus peut se produire au début de la maladie et dans les couches superficielles du derme où existent les sinus à paroi endothéliale simple, mais il nous semble peu vraisemblable qu'il puisse avoir lieu aux stades avancés dans les lésions tumorales, quand les parois des vaisseaux sont manifestement épaissies.

Et tout d'abord il apparaît que l'abondance des hématies dans les tissus, leur disposition tellement fréquente en traînées régulières, leur conservation remarquable au milieu du tissu étranger est difficilement explicable par le processus de la diapédèse ; à la rigueur une pareille abondance des hématies hors des vaisseaux sanguins exigerait de véritables hémorragies ; or celles-ci ont rarement une disposition linéaire ce qui est tellement caractéristique de la

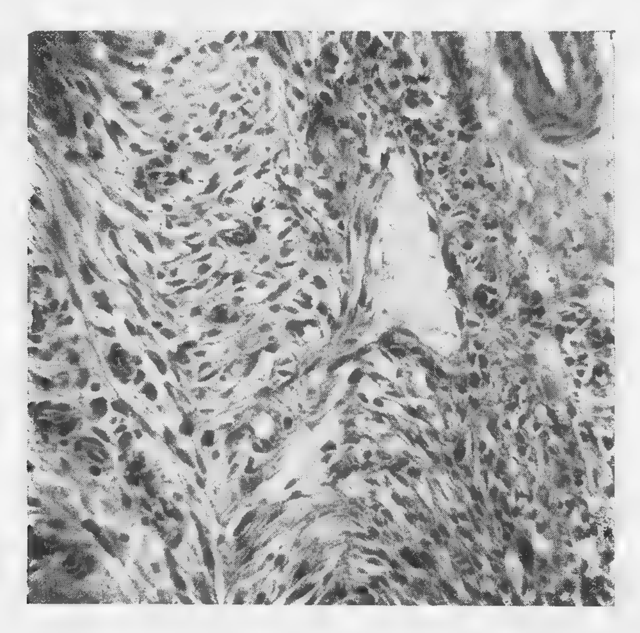


Fig. 13. — Vaisseau relativement volumineux qui dérive d'un minuscule « vas vasi » évolution ultérieure des vaisseaux présentés sur la figure précédente. Grossissement 303 diamètres.

maladie de Kaposi ; d'autre part, on connaît le sort des hémorragies proprement dites qui subissent une coagulation rapide, ce qui n'est pas difficile à constater dans de vrais néoplasmes malins (sarcomes) et ce qui n'est pas le cas pour la maladie de Kaposi.

Il est probable par conséquent que c'est un mécanisme différent qui intervient dans la formation de ces « hémorragies » dans la maladie de Kaposi. A notre avis c'est précisément la prolifération des cellules endothéliales dans les nombreux vaisseaux néoformés

qui aboutit à la formation des nombreux espaces, remplis d'hématies, ces espaces intertissulaires ne sont, en réalité, que les restes de la lumière des vaisseaux néoformés et incomplètement oblitérés (fig. 14).

De là vient la disposition linéaire des hématies et leur longue conservation ; car les hématies, entourées par les cellules d'origine endothéliales, peuvent conserver un temps relativement long leur aspect normal.

Les cellules fusiformes qui constituent la masse des tumeurs ont,

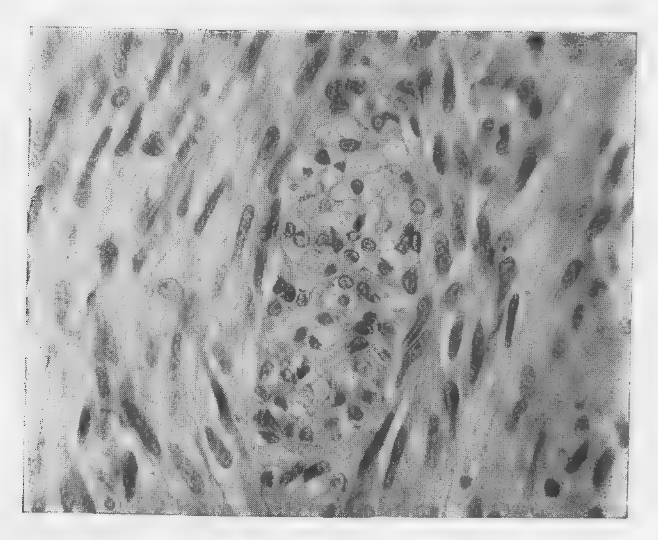


Fig. 14. — Aspect d'une « hémorragie » très typique de la maladie de Kaposi. En réalité il s'agit d'un vaisseau sanguin à parois « simples » mais en immeuse prolifération, grâce à quoi les hématies passent imperceptiblement dans le tissu de la tumeur elle-même. Remarquer la bonne conservation des hématies. Grossissement 455 diamètres.

à notre avis, une origine vasculaire ; mais il serait difficile de préciser la nature de ces cellules (cellules endothéliales, cellules périthéliales, etc.), il nous semble plus prudent d'affirmer que ce sont des cellules conjonctives, ce qui explique leur tendance à la transformation en cellules fusiformes (fibroblastes).

La nature des cellules des parois vasculaires est un point capital pour l'explication de la nature de la maladie de Kaposi. Nous ne croyons pas qu'il puisse s'agir de cellules musculaires, car nous

n'avons jamais pu y mettre en évidence de myofibrilles, nous pensons par conséquent que l'observation de Sternberg (1) concerne un cas exceptionnel de la maladie de Kaposi. Peut-il s'agir de cellules de Schwann, comme le pensent MM. Pautrier et Diss et tout particulièrement MM. Hudelo et Cailliau? La question est délicate à résoudre, car il n'existe pas de coloration spécifique pour la cellule de Schwann et le tissu conjonctif jeune peut se colorer de la même manière. La gaine de Schwann est reconnaissable plutôt à la disposition des cellules et de leurs noyaux (disposition en palissade) que par de presque imperceptibles nuances tinctoriales. Pour prouver par conséquent qu'il s'agit en réalité du tissu schwannien, il faudrait démontrer la présence abondante des fibres nerveuses dans les parois épaisses des vaisseaux néoformés. Dans ce but de nombreux fragments de tissu kaposien ont été soumis à l'imprégnation à l'argent par les procédés de Ramon y Cajal et de Bœcke, qui nous donnent des résultats très satisfaisants. Nous n'avons pas pu constater la richesse des tissus examinés en fibres nerveuses, nous avons même la conviction que le tissu des tumeurs est extrêmement pauvre en nerfs, il s'agissait cependant de fragments dont l'imprégnation à l'argent avait réussi car sur les mêmes coupes nous avons constaté souvent des fibres nerveuses abondantes autour des follicules pileux et dans les papilles. Nous n'avons pas davantage découvert des formations pouvant être des corpuscules tactiles de Wagner-Meissner modifiés ou dégénérés, comme les ont vus MM. Pautrier et Diss. Nous ne croyons donc pas que l'intéressante conception de l'éminent chef de l'école Strasbourgeoise puisse être généralisée ; en tout cas, dans nos observations, il s'agissait de lésions tissulaires très différentes.

Notre point de vue est donc très proche de celui de M. Favre, car nous pensons qu'il s'agit dans la maladie de Kaposi de formations quasi-angiomateuses qui se développent par néoformation des vaisseaux et par prolifération des cellules conjonctives de leurs parois. L'évolution plus ou moins bénigne ou néoplasique et envahissante des tumeurs dépend entièrement du potentiel cytoplastique des cellules en prolifération ; il faut avouer cependant que nous sommes bien loin de connaître en quoi consiste ce potentiel.

(1) Sternberg, *loc. cit.*

On sait que beaucoup d'auteurs considèrent la maladie de Kaposi comme un endothéliome, angio-endothéliome, périthéliome ou angio-périthéliome. La question de nomenclature a une importance secondaire mais nous estimons que ces désignations manquent de précision et sont, par conséquent, à rejeter. Le fait que les cellules endothéliales sont, dans la maladie de Kaposi, en prolifération manifeste, ne suffit pas à considérer la maladie de Kaposi comme un endothéliome, car, d'une part, il est certain que ce ne sont pas uniquement les cellules endothéliales qui prolifèrent et, d'autre part, selon Fischer-Wasels, on peut considérer comme un endothéliome une tumeur composée de cellules qui, tant par leur topographie que par leurs caractères cytologiques, gardent les propriétés des cellules endothéliales ; or on sait bien que les cellules des tumeurs de la maladie de Kaposi possèdent plutôt le caractère des hystiocytes et même des fibroblastes, dans les lésions anciennes ; dans les lésions récentes ce sont souvent des cellules épithélioïdes.

Le terme « périthéliome » n'est pas plus opportun, car la définition de cellules périthéliales manque de précision, elle est entièrement basée sur leur topographie et est applicable à toutes les cellules conjonctives de la gaine externe des vaisseaux.

Conformément à l'opinion de nombreux auteurs, nous ne considérons pas la maladie de Kaposi comme un sarcome, car le tissu Kaposien ne possède pas de traits de malignité, au contraire les cellules en prolifération ont une tendance à la sclérose. Dans l'état actuel de nos connaissances, il semble préférable de considérer la maladie de Kaposi comme une angiomatose systématisée avec prolifération des cellules des parois vasculaires, sans possibilité de préciser la nature des cellules en prolifération.

Avouons cependant, qu'il existe peut être un terrain de rapprochement avec les constatations de MM. Pautrier et Diss et de MM. Hudelo et Cailliau. Tout comme ces auteurs, nous estimons que le processus essentiel consiste dans des lésions des parois vasculaires et dans leur prolifération. A notre avis ce sont les cellules conjonctives des parois vasculaires qui prolifèrent — peut-être existe-t-il des cas où la prolifération intéresse les éléments neuraux et myoneuraux, comme l'affirment MM. Pautrier-Diss et Hudelo-Cailliau.

(Travail de la Clinique des maladies cutanées de la Faculté de médecine de Strasbourg.
Professeur L.-M. Pautrier).

PRÉCOCITÉ ÉLECTIVE DE LA RÉACTION DE KAHN AU DÉBUT DE L'INFECTION SYPHILITIQUE

Par Mlle le Docteur Alice ULLMO.

Depuis le mois de janvier 1930, nous pratiquons régulièrement la réaction de Kahn standard sur tous les sérums de nos malades hospitalisés, ainsi que sur ceux de nos spécifiques en traitement au Service Annexe. Cela représente environ 8.000 sérums examinés par quatre méthodes : le Hecht-Bauer au sérum frais, le Bordet-Wassermann au sérum chauffé selon la technique modifiée par Calmette-Massol, le Vernes péréthynol et le Kahn.

Nous avons pu nous convaincre de la très grande sensibilité du Kahn qui très souvent est positif chez les anciens syphilitiques, alors que toutes les réactions par les autres méthodes étaient négativées depuis des mois ou des années. D'un autre côté le Kahn a parfois été positif alors que nos malades, niant toute infection antérieure, ne présentaient cliniquement aucun symptôme de spécificité. Faut-il dans des cas semblables se rattacher à une hypothèse de syphilis héréditaire ?

Personnellement nous considérons que le Kahn + + + + est fortement positif (+ + selon la notation adoptée par les conférences internationales de sérologie de Copenhague 1928, de Montevideo 1930) ; le Kahn + + + est positif (+) ; le Kahn + + est douteux (±) ; le Kahn + et le Kahn — sont négatifs (—). Cette interprétation est adoptée pour tous les sérums dont nous ne connaissons pas l'origine, pour les malades dont nous ne savons pas le diagnostic. Mais il est évident que pour des syphilitiques en traitement, pour des hérédo-syphilitiques avérés ou même suspectés, un

Kahn + + ou même un Kahn + doivent être considérés comme le fait d'une maladie encore en activité.

Une autre façon d'apprécier la sensibilité de la réaction de Kahn consiste à contrôler le moment à partir duquel la sérologie commence à virer au positif dans les syphilis jeunes, prises à la phase présérologique. C'est de ce point de vue spécial que nous comptons étudier la question dans ce travail à l'aide de 24 observations que nous allons rapporter succinctement.

Cas N°	Derniers rapports remontant à x jours	Chancre âgé de x jours	Ultra	Sérologie			
				Hecht-Bauer	Bordet-Wassermann	Vernes	Kahn
1	?	?	+	tard. +	(+)	2	+++
2	53	20	+	tard. +	—	0	+++
3	36	15	+	—	—	0	++
4	25	6	—	+	+	7	++++
		13	—	+	+	7	++++
		20	—	+	+	8	++++
		48	—	—	—	0	+++
		55	—	+	+	8	++++
		62	—	+	+	7	++++
		69	—	+	+	5	++++
	100	81	—	++	++	23	++++
5	30	26	—	—	—	0	+++
		36	—	++	++	6	++++
6	14	11	—	—	—	0	—
		19	—	—	—	0	+++
		26	—	—	—	0	++
		33	—	—	—	0	++
		40	—	—	—	0	+++
	60	43	+	tard. +	—	0	++++
7	35	15	+	—	—	0	++
8	60	3	+	—	—	0	++
9	80	?	+	+	(+)	12	++++
10	60	15	+	—	—	0	++
11	32	2	+	—	—	0	+
12	35	5	+	—	—	0	+
13	47	10	+	tard. +	—	0	++
14	30	6	—	—	—	0	+
		8	+				
15	24	12	+	—	—	0	+
16	30	4	+	—	—	0	+
17	21	?	+	tard. +	(+)	3	++
18	?	?	+	—	—	0	++
19	55	23	+	—	—	0	+++
20	?	?	+	tard. +	—	2	++
21	?	2	+	—	—	0	+++
22	43	8	+	—	—	0	+
23	?	?	+	—	—	0	++
24	?	15	+	—	—	0	++++

Cas 1. — Wi... Charles. Chancre mixte.

Nous n'avons pas retrouvé l'observation du malade ; seule sa fiche de sérologie est restée. Le 28.2.1930, celle-ci indique les résultats suivants : Hecht-Bauer tardivement + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 2 ; Kahn + + +.

Cas 2. — Roh... Eugène. Chancre syphilitique.

Les derniers rapports dataient de mai 1930. Quatre semaines plus tard, le malade présente 2 chancres sur le fourreau de la verge. Examen ultra-microscopique : tréponèmes + +.

Le 25 juillet 1930, la sérologie est la suivante : Hecht-Bauer tardivement + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 0 ; Kahn + + +.

Cas 3. — Mich... Auguste. Chancre syphilitique.

Derniers rapports le 3 août 1930 avant de s'embarquer à la Nouvelle-Orléans. Chancre apparu le 24 août 1930, situé sur le fourreau de la verge. Le malade consulte le 8 septembre 1930 : ultra + +. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + +.

Cas 4. — Sch... Pierre. Chancre syphilitique.

Derniers rapports fin octobre 1930. Deux semaines plus tard, apparition d'un chancre en feuillet dans le sillon balano-préputial à la face supérieure du gland.

Recherches des tréponèmes à l'ultra négatives tant sur la lésion que par la ponction des ganglions.

Sérologie le 21 novembre 1930 : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 7 ; Kahn + + + +.

Sérologie le 28 novembre 1930 : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 7 ; Kahn + + + +.

Sérologie le 5 décembre 1930 : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 8 ; Kahn + + + +.

Devant cette sérologie peu nette et vu l'absence totale de tréponèmes malgré des ultras répétés quotidiennement, le malade n'avait pas été mis en traitement. L'ulcération génitale s'étant comblée spontanément grâce à de simples soins de propreté, le malade quitte le service le 11 décembre 1930.

Il revient se faire hospitaliser le 9 janvier 1931, présentant au même endroit exactement une ulcération superposable à la première.

Sérologie le 9.1.1931 : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + + +.

Une intradermo-réaction au Dmelcos donna un résultat fortement positif, alors que lors du premier séjour elle avait été négative.

Sérologie le 13.1.1931 : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 8 ; Kahn + + + +.

Sérologie le 20.1.1931 : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 7 ; Kahn + + + +.

Sérologie le 27.1.1931 : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 5 ; Kahn + + + +.

Entre temps, de nombreux ultras sont toujours négatifs, tant sur l'ulcération que par la ponction des ganglions.

Le 6.2.1931, le malade fait une éruption varioliforme et le même soir sa sérologie devient positive : Hecht-Bauer + + ; Bordet-Wassermann + + ; Vernes 23 ; Kahn + + + +. L'ultra reste négatif.

A partir de ce jour le malade est mis au traitement.

Le 13.2.1931, on trouve : Hecht-Bauer + + ; Bordet-Wassermann + + ; Vernes 97 , Kahn + + + +.

Guérison de l'ulcération et de l'éruption dans les délais normaux à partir de la mise en traitement.

Voici donc une observation particulièrement intéressante où, malgré des examens répétés un nombre impressionnant de fois, jamais on ne put déceler un tréponème à l'ultra-microscope. La sérologie est restée indécise pendant 2 mois et demi, ne donnant pas de résultats assez nettement positifs pour permettre d'affirmer le diagnostic de syphilis en ne se basant rien que sur elle. Seul le Kahn fut positif à partir de la première prise de sang et l'est resté à travers toutes les phases de l'observation de ce cas.

Cas 5. — Roc... René. Chancre mixte.

Derniers rapports le 2 novembre 1930. Le 6 novembre, il présente dans le sillon balano-préputial un « bouton ». Depuis le 10 novembre, il ressent une douleur dans l'aine droite et un ganglion qui augmente graduellement de volume. Il se fait admettre à la clinique le 2 décembre 1930.

A ce moment les examens ultra-microscopiques du chancre et des ganglions sont négatifs, mais la recherche du bacille de Ducrey le décèle en abondance, une auto-inoculation est positive, une intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

La sérologie le 2.12.1930 est la suivante : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + + +.

Le 12.12.1930 : Hecht-Bauer + + ; Bordet-Wassermann + + ; Vernes 6 ; Kahn + + + +.

Le 20.12.1930 : Hecht-Bauer + + ; Bordet-Wassermann + + ; Vernes 58 ; Kahn + + + +.

Cas 6. — Wer... Eugène. Chancre mixte.

Derniers rapports à Marseille le 19.12.1930 au moment du débarquement, retour de la Légion.

Le 22.12.1930, le malade aurait présenté une lésion suppurante du fourreau et se fait admettre le 31 décembre 1930.

Le 2.1.1931, la sérologie est la suivante : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn —. Intradermo-réaction au Dmelcos positive. Auto-inoculation positive. Recherche des tréponèmes négative.

La sérologie est la suivante :

le 9.1.1931 : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + + + ;

le 16.1.1931 : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + + ;

le 23.1.1931 : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + +.

Le 26.1.1930, une ponction du ganglion pour la recherche du tréponème ne permet pas d'en mettre en évidence.

La sérologie est la suivante :

le 30.1.1931 : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + + + ;

le 2.2.1931 : ultra sur la lésion positif ;

le 6.2.1931 : Hecht-Bauer tardivement + ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + + + +.

Depuis le 2.2.1931, le malade est mis en traitement ; suites normales.

Cas 7. — Mo... Willy. Chancre syphilitique.

Les derniers rapports datent du début de mars 1931. Environ 15 jours plus tard, le malade présente une ulcération sur le gland pour laquelle il vient se faire hospitaliser le 4 mai. A ce moment, il présente un phimosis inflammatoire recouvrant 2 chancres du gland.

Examen ultra-microscopique : tréponèmes en abondance.

Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + +.

Cas 8. — Fess... Georges. Chancre syphilitique.

Le malade dit avoir eu les derniers rapports le 2.10.1931. Il entre au service le 27.11.1931 pour épididymite double. Le 23.12.1931, on constate un petit chancre du gland qui aurait fait son apparition il y a 3 jours.

Examen à l'ultra-microscope : tréponèmes positifs.

Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + +.

Cas 9. — Ku... Lucien. Chancre syphilitique.

Derniers rapports les 9 et 11 octobre 1931. Deux semaines plus tard, se constitue un phimosis inflammatoire. Admission à la clinique le 31.10.1931 avec, en outre, une adénopathie inguinale bilatérale importante. Ultra : positif. Sérologie : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 12 ; Kahn + + + +.

Cas 10. — Wick... Eugène. Chancre syphilitique.

Depuis 2 mois, rapports réguliers avec la même femme. Il y a 15 jours, apparition d'une ulcération du sillon balano-préputial. Le 24.11.1931 : ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + +.

Cas 11. — Ad... Raymond. Chancre syphilitique.

Les derniers rapports datent du 1er novembre 1931. Le 3.12.1931, admission pour 2 chancres du feuillet interne du prépuce. Ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn +.

Cas 12. — Sév... Marceau. Chancre syphilitique.

Le malade est un jeune militaire incorporé fraîchement et qui s'est contaminé à Paris la veille de son départ, il y a 35 jours exactement. Nous le voyons le 28.11.1931 alors que son chancre est apparu depuis 5 jours. Ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn +.

Cas 13. — Ko... Simon. Chancre syphilitique.

Derniers rapports le 22.11.1931 et ceux d'avant le 15.10.1931. Incorporation à ce moment ; le malade présente son chancre depuis 10 jours au moment où il va à la visite le 2.12.1931. Ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer tardivement + ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + +.

Cas 14. — Caille... Raymond. Chancre syphilitique.

Derniers rapports il y a un mois au moment de l'incorporation. Le 2.12.1931, il montre à la visite un chancre apparu depuis 6 jours. Ultra négatif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn +.

Le 4.12.1932, on répète l'ultra qui est positif.

Cas 15. — Schall... Albert. Chancre syphilitique.

Derniers rapports le 31 décembre 1931, avant régulièrement tous les 8 jours.

Chancre depuis le 11.1.1932, mais ne vient à l'hôpital que le 23.1.1932. Ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn +.

Cas 16. — Joa... Charles. Chancre syphilitique.

Le malade a eu son dernier rapport le 9.1.1932. Quelques jours plus tard, il présente une blennorragie pour laquelle il va au traitement ambulatoire de la clinique. C'est là qu'on constate le 4.2.1932 une ulcération dans le sillon balano-préputial.

Le 8.2.1932 : ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn +.

Cas 17. — Wo... Georges. Chancre syphilitique.
Le malade entre au service le 8.4.1932, trois semaines après un rapport suspect, pour une lésion indurée exulcérée du fourreau. Dans les deux aines, il présente une polymicro-adénopathie.
Ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer tardivement + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 3 ; Kahn + +.

Cas 18. — Gr... Joseph. Chancre syphilitique.
Ce malade est envoyé pour diagnostic à la clinique le 14.4.1932. Il présente un chancre en feuillet du sillon balano-préputial et des ganglions inguinaux bilatéraux.
Ultra : fortement positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + +.
Après un début de traitement fait par le médecin qui nous avait adressé le malade, la sérologie se trouve être le 23.4.1932 la suivante : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes o ; Kahn + + +.

Cas 19. — Lad... Jules. Chancre syphilitique.
Les derniers rapports auraient eu lieu à la fin d'avril 1932. Le malade aurait présenté fin mai un chancre pour lequel il a eu 4 Rhodarsan à Fribourg-en-Brisgau. Il nous arrive le 23 juin 1932, porteur d'un chancre dont l'examen ultra-microscopique fourmille de tréponèmes. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + + +.

Cas 20. — Rab... Lucie. Chancre syphilitique.
Malade amenée par la police des mœurs le 19.5.1932. Depuis 10 jours, elle présente une volumineuse tuméfaction de l'aine. A l'examen, on trouve une ulcération chancreuse au méat de l'urèthre. Deux ultras sont négatifs ainsi que l'ultra sur le suc ganglionnaire.
Sérologie : Hecht-Bauer tardivement + ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 2 ; Kahn + +.
Le 21.5.1932, l'ultra du chancre est fortement positif. Le même jour, la sérologie donne : Hecht-Bauer + ; Bordet-Wassermann + ; Vernes 4 ; Kahn + + +.

Cas 21. — Gra... Maurice. Chancre syphilitique.
Il s'agit d'un militaire porteur d'un chancre depuis 2 jours, à ultra positif, et dont la sérologie donne les résultats suivants : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes o ; Kahn + + +.

Cas 22. — Vorn... Jean. Chancre syphilitique.
Le malade s'est fait admettre à la clinique, présentant depuis 8 jours un chancre de la face dorsale du fourreau de la verge et des ganglions inguinaux bilatéraux. Il avait eu 5 semaines auparavant des relations avec une femme hospitalisée peu après à la clinique pour des lésions de syphilis secondaire extrêmement contagieuses. Le 15.2.1932, ultra fortement positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn +.

Cas 23. — Hae... Charles. Chancre syphilitique.
Lors de son admission à la clinique, le malade présente un chancre de la dimension d'une pièce de 1 franc sur la face dorsale du sillon balano-préputial. Aucune indication quant à la date du rapport contaminateur. Ultra positif. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + +.

Cas 24. — Mr... Chou... Chancre syphilitique.
Malade de 60 ans ayant depuis 2 ans des rapports réguliers avec la même amie. Il vient consulter le 17.3.1933 pour une ulcération qu'il présente depuis 15 jours sur le sillon balano-préputial. Ultra fourmillant de tréponèmes. Sérologie : Hecht-Bauer — ; Bordet-Wassermann — ; Vernes 0 ; Kahn + + + + ; Vernes-résorcine 104.

*
* *

Conclusions

Voici, en résumé, les observations de 24 malades syphilitiques à coup sûr puisque chez tous, sauf dans deux cas de chancres mixtes sur lesquels nous reviendrons, le tréponème fut mis en évidence, ou par l'examen ultra-microscopique de la sérosité de raclage du chancre, ou par la ponction des ganglions. Ces malades présentaient la plupart des chancres jeunes, le plus jeune étant apparu 2 jours auparavant, le plus âgé 26 jours avant l'examen médical. Quant à la date du rapport contaminateur, elle est très difficile à établir, aussi nous sommes-nous bornés à noter les derniers rapports des malades tout en sachant que souvent ils ne se les rappellent pas, de bonne foi, et que d'autres fois ils indiquent sciemment de fausses dates. Sauf dans les cas de chancre mixte : 1, 4 et 5 et les cas 9 et 17 les réactions sérologiques de Hecht-Bauer, de Bordet-Wassermann et de Vernes étaient restées strictement négatives, alors qu'au contraire la réaction de Kahn oscillait

entre + et + + + +. Il s'agit donc dans ces cas, de toute évidence, d'une précocité beaucoup plus grande de la réaction de Kahn, qui se positive avant les autres réactions.

En ce qui concerne le chancre mixte 1 et les chancres syphilitiques 9 et 17, les réactions d'hémolyse étaient faiblement positives ou douteuses alors que le Kahn se montrait déjà nettement positif.

Quant au chancre mixte 4, les réactions d'hémolyse se sont montrées positives faibles pendant 70 jours, sans varier, et le Vernes oscillant entre 5 et 8. Comme d'autre part il était impossible de trouver du tréponème malgré des recherches assidues, le traitement anti-spécifique de ce malade n'a été commencé qu'au moment où la sérologie a viré au positif franc, soit vers le 100e jour. Or, la réaction de Kahn de ce malade fut + + + + à partir du 6e jour de son chancre et est restée telle sans varier jusqu'à l'apparition de l'éruption secondaire.

Comme conclusion de ce travail, basé sur 24 observations, nous dirons donc que la réaction de Kahn est nettement plus sensible et surtout plus précoce que les réactions de Hecht-Bauer, de Bordet-Wassermann et de Vernes dans des cas de chancres jeunes et que cette notion de positivité précoce raccourcit sensiblement la période présérologique de la syphilis qui, contrôlée au Kahn, paraît ne durer que quelques jours à peine. Il y a là une notion dont l'intérêt théorique n'a pas besoin d'être souligné.

(Travail du Service central d'Electro-Radiologie de l'hôpital Saint-Louis,
M. le docteur J. Belot, Chef de Service).

NOUVELLLE THÉRAPEUTIQUE DES CHÉLOIDES ET DES CICATRICES CHÉLOIDIENNES PAR L'IONISATION AU CHLORURE DE MAGNÉSIUM

Par Mme le Docteur Lise CARLU

BASES PHYSIOLOGIQUES

Théories actuelles. — Parmi les théories ayant actuellement cours quant à la constitution et à la pathogénie des chéloïdes : parasitaire, infectieuse, toxique, nous avons particulièrement retenu celle de Pautrier parce qu'elle nous a paru extrêmement intéressante et nous a permis de poser les bases d'une thérapeutique nouvelle qui nous semble actuellement, d'après les premiers résultats acquis, pleine de promesses.

La chéloïde, de même que l'élément chéloïdien de la cicatrice chéloïdienne, est constituée, d'après les anatomo-pathologistes modernes, par du tissu conjonctif jeune et est une néoformation conjonctivo-vasculaire (Cailliau, Réunion Dermatologique de Strasbourg du 26 mai 1929, *Les atrophies cutanées et les sclérodermies*).

Pautrier, dans cette maladie du tissu conjonctif, a cherché s'il n'existait pas un dysfonctionnement de ce tissu.

Or, au moyen de dosages systématiquement pratiqués, cet auteur a trouvé une hypercalcémie chez 70 o/o des porteurs de chéloïdes et, chez tous, un excès de calcium, sous forme de combinaisons organiques dissimulées, dans le tissu chéloïdien.

Comme le dit Pautrier, ces travaux transportent le problème des chéloïdes sur le plan humoral et sont d'accord avec la théorie endocrinienne sur la pathogénie de cette affection puisque ce sont les parathyroïdes qui règlent le métabolisme du calcium.

La fréquence des chéloïdes familiales renforce cette théorie car le terrain humoral se transmet plus facilement « qu'un hypothétique bacille de Koch ».

Thérapeutiques récentes. — La plupart des traitements classiques, mis en œuvre actuellement, nous ayant donné des résultats incomplets, nous nous sommes demandé, à la lumière des récents travaux histo-chimiques et biologiques, si nous ne pourrions pas faire entrer la thérapeutique des chéloïdes dans une voie plus physiologique.

Dès 1904, Askanasy signale la coexistence d'une ostéite fibrokystique généralisée et d'un adénome parathyroïdien et, en 1908, Robinson, pour influencer le métabolisme du calcium, tente l'irradiation des parathyroïdes chez le lapin et le chat. Weil améliore ainsi un cas d'ostéite fibreuse généralisée. Nous ignorons si l'on a essayé cette méthode, qui serait peut-être d'un résultat efficace, dans la thérapeutique des chéloïdes.

Mandl, depuis 1925, a traité avec succès l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen, par la thérapeutique chirurgicale des parathyroïdes.

Leriche, à la Réunion Dermatologique de Strasbourg du 11 mai 1931, avait proposé, comme traitement des chéloïdes, la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, de façon à supprimer physiologiquement une des parathyroïdes et depuis, avec Jung, a amélioré deux chéloïdes par la parathyroïdectomie.

Il y a longtemps que nous utilisons l'ionisation à l'iodure de potassium dans le traitement des chéloïdes. Cette méthode, devenue classique depuis Bourguignon, nous a rendu de grands services et nous a permis d'assouplir des chéloïdes rebelles. Lepennetier préconise l'ionothérapie iodée pour les chéloïdes étendues. « En présence de chéloïdes étendues, hypertrophiques et douloureuses, c'est un traitement de choix » (Louste, Pignot et Juster).

NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE

Constatant les résultats déjà obtenus avec l'ionisation iodée et, d'autre part, Pautrier, Woringer, Zorn considérant la chéloïde formée par des combinaisons calciques tissulaires (Réunion Dermato-

logique de Strasbourg du 17 mai 1931), *nous avons pensé que, dans le traitement des chéloïdes, nous pourrions obtenir un meilleur rendement de l'ionisation en substituant à l'iodure de potassium une substance antifixatrice du calcium qui pénétrerait ainsi* in situ *dans le tissu chéloïdien.*

Choix du chlorure de magnésium d'après l'expérimentation. — Depuis 1900 environ, plusieurs auteurs ont cherché expérimentalement les substances antagonistes du calcium et jusqu'à présent les ont administrées par voie buccale, sous-cutanée ou intra-veineuse.

Malcolm, en 1905, augmente l'excrétion calcique chez le chien en lui faisant ingérer du chlorure de magnésium.

En 1909, Mendel et Benedict démontrent, par une série de travaux, que les sels de magnésium, injectés sous la peau, diminuent l'équilibre calcique chez le chien et Steenbock, en 1913, aboutit aux mêmes conclusions que Malcolm en 1905.

Malcolm et Stransky, en 1915, constatent que l'afflux de magnésium dans l'organisme détermine des pertes de calcium et ce dernier signale, en 1925, que les injections de sels de magnésium diminuent la calcémie.

En 1928, Magnus Levy et Béhal prouvent que l'injection intraveineuse et l'administration *per os* de sulfate et de chlorure de magnésium augmentent l'excrétion intestinale et urinaire du calcium.

Néanmoins, Pribyl, en 1929, écrit que l'ion magnésium ne peut être considéré comme antagoniste dans le métabolisme du calcium. D'après cet auteur, certains composés magnésiens déterminent la rétention du calcium. Si l'on veut provoquer la fixation du calcium dans l'organisme au moyen de l'ion magnésium (car ce qui intéresse l'auteur, ici, est la fixation du calcium), il faut tenir compte de l'anion du composé choisi car il est très important pour la régulation de l'équilibre ionique et non seulement pour les anions mais aussi pour les cathions.

A la suite d'expériences faites sur le lapin, avec des sels de magnésium employés en injections intra-veineuses, Pribyl a noté que les phosphate, citrate, lactate, acétate et hydroxyde de magnésium élèvent le calcium du sang, alors que le sulfate et le chlorure l'abaissent.

Dans un travail sur le magnésium, Guillaumin écrit en 1931 :

« Bien que je ne prévoie pas une similitude complète en raison du signe contraire des charges électriques de ces deux ions, c'est dans l'étude du magnésium globulaire, seul ou opposé au calcium, que je me propose de poursuivre mes recherches ultérieures » (Guillaumin : Sur le métabolisme du magnésium et ses moyens d'étude dans l'organisme humain, *Progrès Médical*, 17 janvier 1931).

Enfin, Lévy-Frankel nous rappelle que « l'ion magnésium agit comme antagoniste de l'ion calcium » et, constatant que le chlorure de magnésium semble agir favorablement sur l'évolution des formations hyperplasiques et des chéloïdes, en administre *per os* dans un cas de chéloïde présternale. La chéloïde ainsi traitée diminue de volume.

Ionisation et chlorure de magnésium. — D'accord avec MM. Belot et Lepennetier, nous avons donc choisi, pour l'ionothérapie des chéloïdes, ce sel qui est soluble, ionisable et n'irrite pas la peau.

Le chlorure de magnésium est employé à la dilution de 2 o/o au pôle positif. L'électrode positive est appliquée sur la chéloïde. Nous utilisons la technique de Bourguignon, l'électrode active débordant à peine la surface de la chéloïde ; la seconde électrode placée près de la première et dans une position telle que les lignes de force traversent aussi exactement que possible le foyer de la lésion.

On ne dépasse pas cinq à dix milliampères pendant trente minutes. Les séances sont quotidiennes ou ont lieu trois fois par semaine. Après une série de quinze séances, repos de quelques jours puis on reprend.

On suppose que tout se passe comme si l'ion magnésium dégagé au pôle positif allait se fixer sur une combinaison calcique organique de la chéloïde et libérait son calcium.

Depuis quelques mois nous traitons ainsi des chéloïdes et des cicatrices chéloïdiennes dans le service central d'électro-radiologie de l'hôpital Saint-Louis et voici les résultats obtenus qui semblent intéressants.

OBSERVATIONS

Observation I. — Mme R.., 29 ans, vient à l'Hôpital Saint-Louis pour une cicatrice chéloïdienne le 1er avril 1933 dans le service de M. Belot où elle avait été traitée quatre ans auparavant aux rayons X pour une

adénopathie cervicale. Le 27 mars 1932, la malade a été brûlée par l'explosion d'un fourneau à essence. Pendant une quinzaine après l'accident, elle a fait de l'infection pyocyanique. A Lariboisière, on a pratiqué six séances d'ionisation à l'iodure de potassium sur sa cicatrice, devenue chéloïdienne, en juillet 1932. Ce traitement, d'après la malade, n'a amené aucune amélioration. La malade a souvent de la température et, outre son adénopathie fistulisée, présente d'autres ganglions cervicaux. Règles en retard de deux ou trois jours chaque mois. Le père est mort à 44 ans de tuberculose pulmonaire. La cicatrice chéloïdienne, située dans la région sous-maxillaire, s'étend sur la joue droite dans la région pré-auriculaire. Sous le menton, gros bourrelet chéloïdien de 1 centimètre de hauteur. La cicatrice est rouge ; il n'y a pas de télangiectasies. Le bourrelet sous-maxillaire a une consistance élastique ; l'ensemble de la cicatrice est dur et adhère aux plans profonds. Élancements et prurit très accentués au moment des règles. Érectilité pendant cette période. Extrême sensibilité à la palpation. Impotence fonctionnelle et douloureuse dans l'extension de la tête sur le cou en arrière.

Nous commençons l'ionisation au chlorure de magnésium à 2 o/o ; comme d'habitude, l'électrode positive imbibée de cette solution est appliquée sur la chéloïde le 1er avril 1933. Le 3 mai 1933, 13e séance. La chéloïde est plus souple et moins colorée. La malade a reçu, en outre, 12 séances d'ultra-violets pour son adénite, strictement localisés sur la fistule. Le 24 mai 1933, 21e séance d'ionisation. La cicatrice est plus souple et moins douloureuse ; la malade peut pratiquer, sans gène ni douleur, les mouvements d'extension de la tête sur la nuque. Le 14 juin 1933, 33e séance. La cicatrice est très aplatie en bas et à droite et le bourrelet a beaucoup diminué. Le 1er juillet 1933, 37e séance d'ionisation. La cicatrice est infiniment moins sensible à la palpation et il n'y a presque plus d'infiltration.

Observation II. — Mlle Jeanne H..., 23 ans, vient à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Belot le 16 juin 1933, pour une cicatrice chéloïdienne de la joue droite. Le 15 mai 1933, la malade a reçu un coup de rasoir sur la joue. On a recousu la plaie à Lariboisière. La cicatrice, linéaire, part de 2 centimètres de l'oreille droite et s'étend horizontalement jusqu'à la moitié de la lèvre supérieure qu'elle rétracte vers le haut. Rouge éclarlate, la cicatrice a 8 centimètres de long et un bourrelet chéloïdien, très dur, de 1 centimètre et demi de large, la déborde en haut et en bas. La malade accuse une impotence douloureuse à ouvrir la bouche à cause de la rétraction de la lèvre. Grande sensibilité à la palpation. Prurit et élancements douloureux continuels.

Le 16 juin 1933, nous commençons le traitement. On pratique l'ionisation au chlorure de magnésium, à 2 o/o, l'électrode positive, comme d'habitude, appliquée sur la cicatrice. Le 23 juin 1933, 6e séance. Bourrelet moins gros. La cicatrice, plus souple, ne limite plus l'élévation de

la lèvre supérieure et les élancements ont considérablement diminué. Le 28 juillet 1933, à la 21e séance, le bourrelet chéloïdien est presque complètement aplati et la sensibilité à la palpation a disparu. Il y a encore du prurit, mais intermittent.

Observation III. — Mlle Jacqueline G..., 4 ans, est envoyée le 7 juillet 1933 dans le service du Dr Belot, pour de multiples cicatrices chéloïdiennes. Le 17 novembre 1932, la petite fille a été brûlée par l'explosion d'un réchaud à alcool. Elle a suppuré pendant deux mois. Quelques ganglions cervicaux. La malade a des cicatrices multiples et chéloïdiennes aux jambes, à la cuisse gauche et particulièrement dans la région cervico-faciale. Dans cette région, la zone chéloïdienne commence à environ 2 centimètres en arrière du pavillon de l'oreille gauche et, enserrant le menton, arrive à 1 centimètre au-dessous de l'angle maxillaire droit. La cicatrice, dans ses portions les plus larges, a environ 5 centimètres, et présente de nombreuses brides chéloïdiennes. Très rouge, elle est parsemée de télangiectasies et est infiltrée. Prurit intense. Œdème notable de la face à droite depuis l'accident.

Nous commençons le traitement le 7 juillet 1933 en appliquant l'ionothérapie au chlorure de magnésium seulement sur les cicatrices sous-maxillaires et cervicales. Le 1er août 1933, 13e séance. Amélioration nette et diminution du prurit déjà depuis la 6e séance. Moins d'infiltration. Le 27 septembre 1933, 21e séance. Le prurit a pour ainsi dire disparu. Il n'y a plus d'infiltration.

Observation IV. — Mlle Marie G..., 22 ans, est envoyée par le Dr Fernet dans le service du Dr Belot le 5 juillet 1933, pour une chéloïde de l'épaule. La chéloïde s'est formée en 1921 sur une cicatrice de pustule vaccinale. Une sœur de la malade, il y a trois ans, a également fait une chéloïde sur une cicatrice de vaccin. La chéloïde, siégeant sur l'épaule gauche, mesure 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large et forme un gros bourrelet rouge de 1/2 centimètre de hauteur, à consistance élastique et dure. La lésion, d'après la malade, devient plus rouge après une fatigue physique, au moment des règles et son érectilité augmente sous les mêmes influences. Élancements douloureux quand la malade se fatigue. Extrême sensibilité à la palpation. Les règles avancent toujours de plusieurs jours ; elles sont insuffisantes et douloureuses. Légère tendance à l'obésité. Migraines fréquentes. Mère asthmatique.

Du 29 mars au 5 juillet 1933, M. Fernet a pratiqué sur la chéloïde 7 séances de scarifications suivies chacune d'une application de rayons X. Désirant ajouter quelques séances d'ionothérapie à ce traitement, M. Fernet nous l'envoie. Nous commençons l'ionisation au chlorure de magnésium le 12 juillet 1933. Le 28 juillet 1933, 7e séance. Le bourrelet chéloïdien a légèrement diminué de hauteur et la consistance en

est moins ferme. La tumeur, moins érectile, a diminué de sensibilité à la palpation et les élancements ont pour ainsi dire disparu. Nous prescrivons, en outre, des cachets ovariens. Le 29 septembre, 12ᵉ séance. Grande amélioration.

*
* *

On peut remarquer que, dans nos observations, nous parlons des modifications de volume, de consistance et de couleur ainsi que de l'amélioration des signes subjectifs et fonctionnels des lésions traitées, sans encore prononcer le mot de guérison.

Chacun sait combien la guérison d'une chéloïde demande de temps, combien souvent elle est suivie de récidive et, d'autre part, combien l'ionothérapie de cette lésion exige de séances.

Mais, ce qui nous incite à publier dès maintenant cette thérapeutique nouvelle et logique par sa pathogénie, ce sont les premiers résultats indéniables obtenus.

Le traitement de ces malades n'est pas terminé et nous espérons les améliorer encore. D'ailleurs, nous ne sommes qu'au début de cette étude. Il existe vraisemblablement d'autres substances ionisables, antifixatrices du calcium. L'iodure de potassium, d'après de récents travaux, serait un antifixateur du calcium. (Les antifixateurs du calcium, G. Mouriquand, A. Leullier, M. Bernheim et Mlle Weill, *Presse Méd.*, n° 42, 27 mai 1931, p. 59). C'est peut-être à cette propriété qu'est dû le succès relatif de l'ionisation à l'iodure de potassium dans le traitement des chéloïdes. Son action « sclérolysante » serait en réalité une action antifixatrice.

Bibliographie

H. G. Barbour et J. E. Winter. *J. Pharmacol. et exp. Therap.*, t. XLIII, pp. 607-620, décembre 1931, *Magnesium absorption in dogs and its effects upon metabolism of calcium.*

Béhal. — *Publ. biol. de l'Ecole Vét. de Brno*, 1928, t. VII, p. 5.

Belot. — Le traitement des chéloïdes. *J. de Méd. et de Chir. Prat.*, 10 fév. 1932.

Biedl. — Ein Versuch durch Röntgenbestrahlung der Epithelkorperchen den Kalkstoffwechsel zu beeinflussen. *Med. Klin.* t. XXVIII, pp. 251-252, 19 février 1932.

Bourguignon. — Traitement des cicatrices vicieuses, adhérentes et chéloïdiennes par l'ionisation d'iodure de potassium. *B. de la S. F. de D.*, séance du 6 juillet 1922, p. 239.

CAILLIAU. — Un cas de sclérodermie en bande. Réunion Dermatologique de Strasbourg du 26 mai 1929 consacrée aux atrophies cutanées et aux sclérodermies. *B. de la S. F. de D.*, 1929, p. 939.

GUILLAUMIN. — Sur le métabolisme du magnésium et ses moyens d'étude dans l'organisme humain. *Le Progrès Médical*, 17 janvier 1931.

LEPENNETIER. — Séquelles de l'adénopathie cervicale. *Thèse*, 1922.

LEPENNETIER. — Les chéloïdes. *Revue d'actinologie et de physiothérapie*, 1929.

MAGNUS LEVY. — *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1928, t. CVII.

MALCOLM. — *Journ. of physiol. Chem.*, t. XXXII.

G. MOURIQUAND, A. LEULLIER, M. BERNHEIM et Melle WEILL. — Les antifixateurs du calcium, *Presse Méd.*, n° 42, 27 mai 1931, p. 59.

PRIBYL. — Action de l'ion magnésium sur le métabolisme du calcium dans l'organisme. *C. R. Soc. de Biol.*, t. CII, pp. 258-260, 18 octobre 1929.

RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG de mai 1931. — Communications de MM. Belot, Leriche, Lévy-Frankel, Louste, Pignot et Juster, Pautrier, Woringer et Zorn.

STRANSKY. — *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, 1915, t. LXXVIII.

WELTI et JUNG. — La chirurgie des parathyroïdes. *XLIIe Congrès Français de Chirurgie.*

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Importance des relations sexuelles anormales dans la propagation des maladies vénériennes et dans la détermination des divers syndromes d'origine sexuelle, par W. E. Coutts. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 10, octobre 1933, p. 721.

Il faut toujours penser à l'influence qu'exercent les rapports sexuels anormaux dans l'étio-pathologie des maladies vénériennes. Ces faits nous placent vis-à-vis de deux grands problèmes : celui des porteurs de germes pathogènes extra-génitaux et celui de l'adaptation des germes pathogènes aux nouveaux terrains de séjour. H. Rabeau.

Gros abcès froid tardif récidivant après guérison spontanée, dû à un bismuth oléosoluble, par H. Gougerot et Guimbellot. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 10, octobre 1933, p. 745.

Intéressante observation d'un abcès dû à un bismuth oléo-soluble, tardif, évoluant « froidement » en deux temps : une première poussée apparue trois mois après la dernière injection, guérit complètement, en apparence, en un mois ; récidive deux mois plus tard, donc six mois après la fin de la cure, trois mois après le début de la première poussée, deux mois après sa guérison apparente ; guérison après incision, inefficacité des ponctions. H. Rabeau.

Archives de médecine des Enfants.

Vérification expérimentale de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux, par Cibils-Aguirre. *Archives de médecine des Enfants,* t. XXXVI, no 9, sept. 1933, pp. 521-527.

En partant d'une biopsie faite sur une malade de l'auteur, Sordelli et Arena ont obtenu des inoculations au cobaye positives, au deuxième passage, démontrant la présence du virus tuberculeux : à noter chez les animaux tuberculisés la prédominance des lésions sur les viscères et la réaction à peu près nulle des ganglions du lieu d'inoculation.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Le cancer des radiologistes, par A. Béclère. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 97e année, 3e série, t. CX, no 30, 3 octobre 1933, pp. 156-161.

L'auteur voit dans « le cancer des radiologistes une complication surajoutée par un facteur nouveau à des lésions qui ont extraordinairement amoindri la vitalité cellulaire, plutôt que l'étape ultime et la terminaison presque régulière de lésions inflammatoires et hyperplasiques ». Il rapproche son opinion basée sur des arguments cliniques et histologiques de celle de Fibiger qui, à propos du cancer provoqué par certains nématodes du tube digestif chez les rats et les souris, écrit : « Le cancer est dû à un processus à part... s'associant comme complication indépendante et essentiellement différente, à la simple prolifération hyperplasique et hétérotopique dont il ne représente nullement le point terminal ». A. BOCAGE.

Métallo-prévention bismuthique de la syphilis chez les singes catarrhiniens inférieurs et les anthropoïdes, par C. LEVADITI, A. VAISMAN et Mlle Y. MANIN. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 97e année, 3e série, t. CX, no 31, 10 octobre 1933, pp. 176-189, 5fig., 5 tableaux.

Complétant d'anciennes expériences, mais en se servant de doses moindres de bismuth, de façon à se rapprocher des taux utilisables chez l'homme, les auteurs ont vérifié l'action préventive du bismuth au moyen d'inoculations répétées en série toutes les 2 ou 3 semaines, au cours puis après l'interruption d'un traitement bismuthique.

Sur des singes catarrhiniens inférieurs traités à dose humaine, 2 syphilisations sur 3 animaux à la 6e des inoculations faites après la fin du traitement bismuthique ; un 4e singe, chimpanzé celui-ci, est syphilisé par la 8e inoculation faite 50 jours après la fin d'un traitement par un Bi lipo-soluble à dose humaine. Sur 2 animaux traités à demi-dose et 1 au quart de la dose humaine, résultat négatif pour la 7e inoculation. Sur 4 témoins n'ayant pas reçu de Bi : 1 non syphilisé par 3 inoculations, les autres syphilisés respectivement après la 2e, la 4e et la 5e inoculation.

Le bismuth existe dans les urines 126 jours après la dernière injection médicamenteuse et n'y apparaît presque plus 260 jours après.

Ces expériences confirment les avantages de la méthode de Sonnenberg, traitement préventif des prostituées par le Bi, à condition que la dose soit suffisante : 4 milligrammes de Bi par kilogramme et par semaine. A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Description d'un nouvel appareillage destiné aux interventions diathermiques en dermatologie, utilisation de la galvano-d'Arsonvalisation, par SCHEIKEVITCH. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 137e année, no 14, 28 octobre 1933, p. 548.

S. décrit une méthode nouvelle qu'il appelle la « galvano-d'Arson-

valisation », alliant la finesse élective de l'électrolyse à la puissance de l'électro-coagulation. L'appareil qu'il a imaginé lui a permis d'obtenir d'excellents résultats dans les maladies de la peau les plus diverses.

H. Rabeau.

Bulletin médical (Paris).

Asthénomanie et paralysie générale, par R. Benon. *Bulletin médical,* 47e année, n° 41, 14 octobre 1933, p. 655.

A propos d'une observation qu'il publie, B. attire l'attention sur les phénomènes asthéno-maniaques constatés dans la paralysie générale ; pour lui, il ne s'agit pas de délire, mais d'un état hypersthénique ou maniaque. Le diagnostic de paralysie générale n'est presque plus d'ailleurs un diagnostic en clinique psychiatrique, sauf s'il s'agit de différencier la démence paralytique, de la démence dite syphilitique.

H. Rabeau.

Syphilis et fractures du col du fémur, par P. Mathieu et P. Padovani. *Bulletin médical,* 47e année, n° 42, 21 octobre 1933, p. 665.

Sur 32 malades atteints de fracture du col, les auteurs ont relevé 4 syphilitiques. Les observations qu'ils publient montrent les divers rôles que la syphilis peut jouer dans l'évolution d'une fracture du col : 1° rôle étiologique ; 2° rôle dans la genèse des pseudarthroses ; 3° rapport de la syphilis avec le traitement des fractures et pseudarthroses, la syphilis étant certainement à l'origine des mauvais résultats opératoires lorsqu'on pratique vissage ou enchevillement.

H. Rabeau.

Les stigmates cutanés des mystiques, par C. Simon. *Bulletin médical,* 47e année, n° 41, 21 octobre 1933, p. 665.

D'une étude longuement poursuivie de cette question, S. conclut : psychopathie (peut-être conditionnée par des troubles fonctionnels des centres diencéphaliques), troubles vasculo-sanguins (peut-être conditionnés ou aggravés par l'état de carence alimentaire) constitution imaginative ou hyperémotive, forment un terrain sur lequel un léger traumatisme, volontaire ou inconscient, développe une lésion cutanée.

H. Rabeau.

Les réactions cutanées et leur traitement général, par H. Jausion, *Bulletin médical,* 47e année, n° 43, 28 octobre 1933, p. 683.

Dans ce beau mémoire, J. expose d'abord ce que les dermatologues entendent par « réactions cutanées », puis les divers essais d'interprétation de ces réactions. Pour lui, les différents modes de réactions des malades répondent à des constitutions différentes : tout se passe comme s'il existait, chez certains malades, un épiderme corné induit par le sympathique, et enclin à la parakératose ; chez les autres, un corps

muqueux dirigé par le vague, et prêt à répondre, sur le mode de la spongiose, à des excitations aussi diffuses que diverses. Sa conception du traitement général en découle : constitution exoséreuse : hyposulfite de soude et pilocarpine ; constitution parakératosique : chimiothérapie, bismutho-arséno-pyridinique. Il envisage ensuite les cures auto-hormonales et les médications antigéniques, destinées à désensibiliser d'abord, puis à mithridatiser les patients. H. Rabeau.

Les névrodermites circonscrites, par A. Desaux, R. Nadal et Mlle B. Dupuis, *Bulletin médical,* 47e année, n° 43, 28 octobre 1933, p. 690.

Les auteurs donnent un exposé des caractères cliniques et de nos conceptions actuelles des névrodermites circonscrites ; un prurit persistant détermine un grattage sans cesse renouvelé, sous l'action duquel s'amplifie et s'accélère la croissance d'un épiderme dont la réactivité est exagérée. A ce schéma pathogénique correspondent deux données thérapeutiques : supprimer les causes du prurit, et réduire la sensibilité nerveuse cutanée, limiter l'activité morbide génératrice de l'épiderme. La multiplicité des moyens à mettre en œuvre, indiqués par les auteurs, dit bien la difficulté de cette thérapeutique.

H. Rabeau.

Dermatoses et syphilis, par R. Barthélemy. *Bulletin médical,* 47e année, n° 43, 28 octobre 1933, p. 694.

B. essaie de préciser, ce qui n'est pas simple, dans quelles conditions l'étiologie syphilitique pourra être suspectée et le traitement spécifique appliqué. Il s'agit le plus souvent, en effet, d'une syphilis ancienne, méconnue ou négligée ou, mieux encore, d'une syphilis héréditaire, cliniquement et sérologiquement inactive. Pour lui, beaucoup de dermatoses, en particulier celles de caractère chronique, tenace, héréditaire, familial, imposent la recherche de la syphilis d'habitude héréditaire elle-même. Diagnostic souvent très délicat : en présence de signes cliniques mineurs, un Desmoulières positif, une réactivation, d'autres impondérables doivent orienter vers un traitement doux, persévérant, souple, varié. H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Recherches sur l'élimination des chlorures dans les eczémas, par P. Popchristoff et R. Zorn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 29, 7 juillet 1933, pp. 8-10.

Dans l'eczéma-maladie, mais pas dans les dermites artificielles, il se fait une rétention des chlorures avant et au début de chaque poussée de prurit et d'altérations cutanées. A. Bocage.

Recherches sur l'élimination des chlorures dans le pemphigus, par P. Popchristoff et R. Zorn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 29, 7 juillet 1933, pp. 5-7.

Le malade qu'ils ont suivi semble avoir fait une rétention chlorurée sèche, probablement liée au trouble profond du métabolisme des protides. A. Bocage.

Rapport entre l'action bactéricide des sels d'or « in vitro » et leur action bactéricide « in vivo » vis-à-vis du bacille de Koch, par P. Courmont, H. Gardère et P. Pichat. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 29, 19 juin 1933, pp. 50-51.

Les sels d'or *in vivo* déterminent une augmentation du pouvoir bactéricide des urines et du sérum, qui se prolonge après le moment où on ne peut plus déceler d'or dans les urines.

L'addition *in vitro* de sels d'or augmente le pouvoir bactéricide des urines, mais pas celui du sérum. A. Bocage.

Sur une nouvelle espèce de favus : Anthrosporia Gougeroti, par L. Grigoraki. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIX, n° 30, 4 juillet 1933, pp. 258-259.

Ce dermatophyte provenant d'un Malgache n'était pas un Achorion banal. L'auteur en décrit les caractères culturaux.

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Les conceptions actuelles de l'herpès, par M. Albeaux-Fernet et P. Collart. *Gazette des Hôpitaux*, 106e année, n° 82, 14 oct. 1933, pp. 1467-1474. Bibliographie.

Bonne revue générale très documentée sur les travaux de ces trente dernières années. A. Bocage.

Paris Médical.

Syphilis pseudo-tumorale de la moelle. — Action dissociée du traitement sur les lésions méningées ou médullaires, par C. Launay et G. Poumeau-Delille. *Paris Médical*, 23e année, n° 40, 7 octobre 1933, pp. 271-273.

Observation d'une paraplégie progressive datant de 4 mois, dans laquelle l'épreuve de Queckenstedt-Stookey montrait un blocage partiel des méninges. Le traitement amena une transformation rapide de ce côté et retour du liquide à une formule très voisine de la normale, et circulation sous-arachnoïdienne normale. Cliniquement, disparition des douleurs, mais seulement amélioration incomplète des troubles moteurs, la malade peut marcher mais reste ataxo-spasmodique avec réflexes anormaux. La méningite a régressé, mais il reste une sclérose médullaire définitive. A. Bocage.

Une méthode de traitement du lupus tuberculeux, par E. Daubresse-Morel. *Paris Médical*, 23e année, n° 41, 24 octobre 1933, pp. 281-284, 24 photographies.

Anesthésie générale. Limitation par des colorants des champs à traiter (à cause du suintement sanguin). Diathermo-coagulation avec une pointe de 2-3 millimètres de diamètre par punctures rapprochées. Pelage des tissus coagulés à la curette avec nouvelle coagulation des tissus et nouveau curettage. Retouche avec une électrode en forme de boule jusqu'à ce que la curette ne rencontre plus que des tissus fermes. Imprégnation de la plaie avec un antiseptique, solution à 2 o/o de mercurochrome en compresses, puis pansement sec.

A la suite, douleurs intenses ; écoulement séreux abondant.

Pansements méthodiques : irrigation au Dakin à l'aide d'un vaporisateur. Nettoyage du pourtour des plaies alcool-éther. Imbibition au mercurochrome. Pansement au tulle gras.

Au bout de 10 jours, l'escarre se détache, odeur infecte.

A ce moment, applications de vaseline avec 10 o/o d'acide pyrogallique pour compléter la destruction. Au bout de quelques jours, prendre une vaseline pyrogallique à 1 o/o et, une fois l'action caustique jugée suffisante, reprendre les pansements ordinaires au mercurochrome et tulle gras.

Au cours de la 3e semaine, la cicatrisation s'amorce et le malade peut rentrer chez lui.

A ce traitement sont associées : applications générales de rayons ultra-violets, injections intramusculaires de calomel et quelques doses très modérées de rayons X semi-pénétrants, filtrées sur 3 à 5 millimètres d'aluminium, sont faites sur la plaie.

Généralement, cicatrices non chéloïdiennes ; pas de récidive totale ; meilleurs résultats que la diathermo-coagulation simple. La rapidité d'exécution de ce traitement est appréciée par les malades.

A. Bocage.

La syphilis héréditaire larvée, par J. Cathala. *Paris Médical,* **23e année, no 43, 28 octobre 1933, pp. 329-338.**

Très bon article où l'auteur reprend l'ensemble de cette importante question qui divise les médecins au point que le pourcentage reconnu des cas de syphilis infantile varie de 2 o/o, pour la plupart des auteurs étrangers, à 25 o/o pour Marfan.

Rappelant les bases théoriques de la question, l'auteur nous rappelle qu'il ne faut pas prendre pour une démonstration scientifique de l'existence de la syphilis la constatation de simples *signes de probabilité* qui autorisent « une décision purement pratique, qu'adopte le médecin, pressé par les nécessités de l'action thérapeutique ».

« Le diagnostic de syphilis probable conduit au traitement d'épreuve : ce n'est pas un diagnostic posé, c'est un diagnostic essayé. »

Et ne pas oublier que par la suite le médecin « est alors exposé à une faute de raisonnement singulièrement captieuse, puisque, si les résultats sont favorables, il doit conclure avec le bon sens — (au nom

de quoi on a nié les antipodes) — que la maladie était syphilitique, puisqu'elle a obéi au traitement antisyphilitique, alors que bien souvent une meilleure hygiène, des soins plus attentifs, voire l'évolution spontanée ont fait seuls la guérison, qui eût été aussi bien acquise sans traitement spécifique. »

« Il est facile de répondre à qui déclare : Et si ce n'est pas de la syphilis, que voulez-vous que ce soit ? — Mais simplement ce à quoi vous n'avez pas pensé, ou que nous ne connaissons pas. »

Passant à l'étude des symptômes, il montre les divergences d'opinion des auteurs, donnant au passage la sienne. Il rappelle l'importance de l'ostéochondrite de Wagner, décelable au premier âge sur les radiographies.

Pour les ictères prolongés ou infectieux avec hémorragies des nouveau-nés, il écrit : « Il est prudent de *jouer* la syphilis. Nous sommes mieux armés contre elle que contre les infections septicémiques et le danger est pressant. »

Il n'est pas sûr que les convulsions, même précoces, soient un signe de probabilité de syphilis.

La maladie des vomissements habituels d'origine syphilitique est beaucoup moins fréquente qu'on ne le croit généralement.

« L'hypotrophie a d'autant plus de chances de relever de la syphilis qu'il s'agit d'une hypotrophie pure sans fièvre, sans troubles digestifs patents, chez un enfant correctement nourri et qui ingère une ration calorifique suffisante. »

A propos du rachitisme, il rappelle que les auteurs de langue allemande ne croient guère à son origine syphilitique et insistent sur la distinction entre le crâne natiforme syphilitique (apparu dans les premiers mois de la vie) et le non-syphilitique (2e-3e année).

Il n'accepte qu'avec réserve l'origine syphilitique des anémies, même du type Von Jacksh-Luzet, et pas du tout celle des végétations adénoïdes précoces, des malformations congénitales de l'appareil locomoteur, des viscères, du cœur, qui n'ont à son sens « aucune valeur, ni de décision, ni d'orientation dans la recherche de l'hérédité syphilitique », de l'hydrocèle, des réactions cutanées (eczématides, prurigo). « Le strabisme convergent essentiel et persistant... reste un signe de probabilité. »

Dans la seconde enfance, la syphilis larvée est beaucoup plus rare. Elle est responsable souvent, mais non toujours, de certains troubles du développement avec altérations endocriniennes, mais « il convient de se garder sévèrement d'allonger démesurément la liste des signes de probabilité au nom de données statistiques.

A propos de la recherche de l'hérédité, il rappelle qu' « il est possible, dit M. Apert, que la syphilis des ascendants soit dans certains cas à l'origine de la mutation humaine ; mais ce qu'il faut savoir, c'est que,

quand elles sont constituées, les maladies familiales ne conservent aucune trace de leur origine syphilitique. »

En terminant cette étude remarquable par la clarté de l'exposé, la finesse du jugement et la précision de la documentation, l'auteur montre l'importance théorique et pratique du concept de la syphilis héréditaire larvée telle que l'a définie la Conférence de la syphilis héréditaire. A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Les épithéliomas des paupières et leur traitement par le radium, par S. Laborde. *La Presse Médicale,* 41e année, n° 81, 7 octobre 1933, p. 1548, 6 figures.

Depuis 10 ans, L. a traité 56 malades atteints d'épithélioma des paupières, par le radium. La guérison a été obtenue 50 fois, avec des déformations réduites au minimum. La cicatrice ne laisse d'autres traces qu'une légère dépigmentation. Les accidents précoces ou tardifs signalés semblent dus à une faute de technique ou à une répétition intempestive des traitements. H. Rabeau.

Les ictères des syphilitiques traités par les arsénobenzènes, par A. Sézary. *La Presse Médicale,* 41e année, n° 85, 25 octobre 1933, p. 1554.

Dans cette note de médecine pratique, S. montre que malgré la symptomatologie identique, les causes possibles sont multiples. Ce sont : 1° la toxicité ; 2° la réactivation d'une lésion syphilitique (biotropisme spécifique) ; 3° le biotropisme non spécifique ; 4° l'allergie. Il donne une étude critique de chacune de ces théories proposées pour expliquer la production de ces ictères, et dont aucune n'est scientifiquement démontrée. Selon les circonstances, telle ou telle de ces doctrines se trouve applicable, et les données cliniques et biologiques suffisent en général à fixer la conduite à tenir. H. Rabeau.

Composition du liquide céphalo-rachidien au niveau du trou sous-occipital et au niveau des crêtes iliaques, par A. Barlovatz. *La Presse Médicale,* 41 année, n° 83, 18 octobre 1933, p. 1602.

On sait que la teneur leucocytaire du liquide soustrait par ponction lombaire n'est pas toujours la même aux différents moments de la ponction ; en général, le premier liquide sortant est plus chargé de leucocytes. Lors de la ponction sous-occipitale, la teneur change aussi, mais moins. De la ponction lombaire à la ponction sous-occipitale (faite en même temps) on observe de grands écarts dans la leucocytose. Les écarts extrêmes constatés sont comme 12/1 d'une part, et comme 9/2 d'autre part. En général, le liquide occipital est plus pauvre en cellules. De même, la teneur en albumine varie dans les limites extrêmes, suivant 2/1 d'une part et de 0,8/1 d'autre part. En général, le liquide occipital contient moins d'albumine. Il n'y a pas nécessaire-

ment corrélation entre le rapport leucocytaire et le rapport des albumines. Les limites de « normalité » souvent citées n'ont pas, dès lors, la signification précise qu'on leur attribue souvent.

H. RABEAU.

Pyréto et chimiothérapie associées dans la syphilis primaire et secondaire ; étude expérimentale et clinique, par Ch. RICHET fils, J. DUBLINEAU et F. JOLY. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 85, 25 octobre 1933, p. 1649.

Les faits, tant cliniques qu'expérimentaux rapportés par les auteurs, permettent d'affirmer qu'associée à la chimiothérapie, la thermothérapie augmente l'activité du traitement. Mais l'avenir précisera les cas dans lesquels on doit appliquer cette double thérapeutique, qui permet plus sûrement que la chimiothérapie seule, de juguler l'infection syphilitique.

H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

La lèpre des rats, par E. MARCHOUX. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 5, juin 1933, p. 323-330.

Très intéressante étude sur cette affection, qui paraît pouvoir, dans certaines conditions, être transmissible à l'homme, alors que le bacille de Hansen n'est pas transmissible au rat. Son parasite, bacille de Stefansky, indiscernable de *Mycobacterium pulviforme*, est très fragile et paraît se transmettre d'un animal à l'autre, entre un ulcère infecté et une morsure récente par contact direct, ou transport par les mouches, mais non par simple piqûre d'insecte. La contagion génitale semble possible aussi.

A. BOCAGE.

La lèpre dans les pays scandinaves, par A. KISSMEYER. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 5, juin 1933, pp. 331-337, 5 fig.

Statistiques détaillées avec cartes et graphiques montrant la diminution régulière des cas connus, environ 150 malades en 1930-1931 pour l'ensemble Islande, Danemark, Suède, Norvège, Finlande.

A. BOCAGE.

La lèpre en Bretagne, par M. GOUIN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 5, juin 1933, pp. 338-344, 1 fig.

Deux observations de lèpre autochtone mutilante, les seuls que l'auteur ait pu découvrir au cours d'une enquête approfondie.

A. BOCAGE.

Panaris de Morvan, par J. GOUIN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 5, juin 1933, pp. 345-357, 4 fig.

Revue générale de l'histoire du panaris de Morvan, en Bretagne, avec trois cas de l'auteur rencontrés dans la région où cette affection est devenue très rare.

A. BOCAGE.

Cultures du bacille de la lèpre, par E. Marchoux et V. Chorine. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, n° 5, juin 1933, pp. 358-363. Bibliographie.

Les auteurs estiment que le véritable bacille de la lèpre n'a pas encore été obtenu en culture pure et que l'impossibilité à laquelle on se heurte de pouvoir inoculer ce microbe pathogène pour l'homme aux animaux, stérilise par avance et jusqu'à nouvel ordre toute tentative. A. Bocage.

La réaction de Bordet-Wassermann dans la lèpre, par Degos. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, n° 5, juin 1933, pp. 364-368. Bibliographie.

Revue générale montrant les divergences d'opinions sur cette question et les écarts importants dans la proportion des réactions positives trouvées chez les lépreux non syphilitiques. Il semble que dans les lèpres à lésions franchement évolutives, le Bordet-Wassermann soit très souvent positif (85 o/o et plus) et que les réactions de floculation, sauf peut-être celle de Vernes, donnent des résultats analogues.

A. Bocage.

Irréductibilité du Wassermann dans un cas de lèpre, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, n° 5, juin 1933, pp. 369-370.

Lépreux sans antécédents syphilitiques traité énergiquement par le novarsénobenzol, le bismuth et le mercure, sans modification sérologique pendant quelques mois. A. Bocage.

Contribution à l'épidémiologie du chancre mou, par A. N. Chapiro et J. E. Kantol. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, nos 7-8, juillet-août 1933, pp. 387-398.

Travail de statistique avec historique montrant que la chancrelle, affection endémique, a des variations brusques de cause difficile à saisir ; en particulier, elle n'est pas toujours une « maladie de saleté », car ses variations de fréquence ne suivent pas celles de la gale, par exemple. Dans leur dispensaire de Minsk (Russie Blanche), les auteurs notent la grande fréquence (42 o/o) des bubons, la rareté des chancres mixtes (2 1/2 o/o), bien que l'augmentation de fréquence du chancre mou entraîne fatalement celle de la syphilis. Ils signalent aussi la plus grande rapidité de guérison des formes inflammatoires aiguës et l'heureux effet de l'apparition d'un bubon sur la cicatrisation du chancre. A noter l'absence de contagions extra-génitales, bien que trois quarts des malades vivaient en commun avec d'autres personnes et que 40 o/o d'entre eux seulement avaient un essuie-mains personnel.

A. Bocage.

Stomatite arsenicale, par L. Lebourg. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, nos 7-8, juillet-août 1933, pp. 399-411. Bibliographie.

Rare, elle survient presque toujours au cours d'une première série. C'est une stomatite ou érythémateuse et catarrhale, ou ulcéro-membraneuse, ou nécrosante avec ostéomyélite des parois des alvéoles dentaires, respectant toujours la zone péri-apicale.

Le fuso-spirille est fréquent, non constant. Cependant, c'est une stomatite infectieuse par biotropisme direct, ou consécutive à une altération sanguine par intoxication arsenicale.

Il existe une forme chronique caractérisée au début par un liseré gingival blanc et plus tard par un état fongueux des gencives (intoxication professionnelle par l'As).

La forme aiguë débute brusquement le lendemain de l'injection déchaînante : rougeur diffuse de toute la muqueuse buccale avec gonflement des amygdales, enduit pultacé, adénopathie. Souvent guérison à l'injection suivante, mais parfois recrudescence, apparition d'ulcérations.

Les ulcérations sont particulièrement étendues et disséminées sur les arcades alvéolaires avec grosse réaction ganglionnaire, fièvre à 39° ; diarrhée, souvent albuminurie.

Les formes nécrosantes sont tantôt discrètes, tantôt brutales, avec syndrome infectieux aigu et tuméfaction importante : douleurs vives, trismus intense, cellulite faciale parfois très étendue pendant 4-5 jours : l'élimination des séquestres commence au bout de 10-15 jours.

Il existe des formes gangréneuses extensives et des formes avec hémorragies traduisant des altérations sanguines importantes.

A. Bocage.

Sur une nouvelle conception de l'eczéma, par M. C. Waintraub. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, nos 7-8, juillet-août 1933, pp. 412-423.

L'auteur rappelle tout d'abord, à propos des causes occasionnelles des maladies infectieuses, quelques notions de pathologie générale puisées uniquement dans les travaux les plus récents, ce qui lui fait écrire : « MM. Dopter et Jausion ont montré... en 1927 le rôle de la grippe dans la production de la tuberculose, de la méningite... » (*sic*). « Pour ces auteurs, il s'agit d'anergie. Pour nous... c'est du biotropisme »... « Nous considérons l'eczéma comme une entité morbide produite par un germe inconnu et déclanchée par certains agents biotropiques ; de la même manière que l'herpès n'est plus considéré comme un syndrome, bien qu'il soit déclanché par d'innombrables causes, ce germe eczématogène inconnu est vraisemblablement un virus filtrable, car les recherches de microbes dans les vésicules récentes d'eczéma ont été négatives jusqu'à présent... »

« ...L'eczéma, comme la goutte, n'est pas plus une diathèse que les anciennes diathèses scrofuleuses ou syphilitiques. C'est une affection

microbienne qui, au moins en partie, se transmet par hérédité comme la syphilis. »

« Ce germe existe probablement dans tous les organismes... il hiberne en attendant un facteur favorable qui le réveille », ou exalte sa virulence ; ce sera une maladie, un trouble endocrinien, une cause psychique, certaines substances médicamenteuses ou chimiques.

L'auteur commente nombre d'observations récentes à la lumière de cette hypothèse. Il n'admet pas la mnémodermie, mais la considère comme un microbisme latent local prêt à se réveiller.

Certains traitements généraux sont efficaces contre l'eczéma, comme les antisyphilitiques qui agissent « en détruisant l'agent spécifique protecteur du germe eczématogène ».

« Les agents décrits jusqu'à présent comme producteurs d'eczéma ne sont que des agents de réveil — biotropiques — du germe eczématogène que nous ne connaissons pas pour le moment, mais qui doit exister et que des recherches ultérieures dirigées dans cette direction permettront de préciser. » A. Bocage.

Glossite syphilitique atrophique, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, nos 7-8, juillet-août 1933, pp. 424-426, 1 fig.

Observation d'un cas typique chez une femme présentant par ailleurs des stigmates de syphilis nerveuse et cardio-vasculaire avec Bordet-Wassermann positif. A. Bocage.

Le certificat pré-nuptial, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, nos 7-8, juillet-août 1933, p. 424-426.

Observation d'une jeune fille chez qui un examen pré-nuptial fait découvrir une syphilis récente. A. Bocage.

Lyon Médical.

L'eczéma du nourrisson, maladie allergique, par Péhu et Aulagnier. *Lyon Médical,* t. CLII, 65e année, n° 43, 22 octobre 1933, p. 456.

L'eczéma du nourrisson doit être considéré comme ressortissant à ce que naguère on appelait idiosyncrasie, c'est-à-dire à une hypersensibilité congénitale, souvent héréditaire, vis-à-vis de certaines substances, surtout des aliments.

De cette conception découlent des conséquences diététiques et thérapeutiques. Puisque la plupart des aliments employés à cet âge de la vie exercent sans distinction sur l'organisme du nourrisson eczémateux des influences nocives, on ne doit pas prendre des mesures soit de restriction, soit d'élimination complète vis-à-vis de ces substances.

Il faut maintenir presque intégralement l'emploi du lait. On tâchera de réaliser par la vaccinothérapie curative par les vaccins bien étudiés, ne provoquant aucune réaction violente, un changement de l'état allergique. Jean Lacassagne.

Provence Médicale.

Le diagnostic des chancres syphilitiques extra-génitaux, par P. Vigne et J. Dusan. *Provence Médicale*, 3e année, no 25, 15 octobre 1933, pp. 7-15, 6 fig.

Revue générale sur les caractères cliniques de ces différentes localisations. A. Bocage.

Archives hospitalières.

La syphilis spinale pseudo-tumorale, par H. Schaeffer. *Archives hospitalières*, n° 4, juillet 1933, pp. 196-200.

Cette forme rare de la syphilis médullaire est liée à l'existence d'une réaction hyperplasique et proliférante de la leptoméninge, entraînant un blocage complet ou incomplet des espaces sous-arachnoïdiens et des lésions mécaniques et inflammatoires des racines médullaires.

L'auteur en apporte une observation personnelle et montre l'importance de l'épreuve de Queckenstedt pour déceler le blocage de l'espace sous-arachnoïdien. C'est une forme souvent résistante au traitement.

A. Bocage.

De la nécessité de contrôler le résultat du traitement de la syphilis, par A. Vernes. *Archives Hospitalières*, année 1933, n° 4, pp. 191-195, plusieurs graphiques.

L'ancienne loi des trois huit est un peu modifiée depuis l'introduction de la floculation et de sa photométrie. Du texte de l'auteur, on peut tirer les données claires suivantes. Un traitement arsenical à doses trop faibles ou trop peu répétées peut faire remonter le pouvoir floculant du 2e au 5e mois, très rarement au 7e. Donc, la stabilisation sérologique peut être considérée comme définitive si, pendant 8 mois à partir de la dernière injection arsenicale, le degré photométrique est resté à o, et s'il est à o dans le liquide rachidien à l'expiration de cette période. L'auteur ajoute : « Mieux vaut cent fois instituer un traitement mercuriel ou iodo-mercuriel avec méthode et continuité plutôt que d'employer inconsidérément les sels arsenicaux sans contrôle, en exposant les malades à tous les risques de la « provocation ignorée ». Suivent quelques observations à l'appui.

A. Bocage.

Bruxelles Médical.

Nouvelles notions sur l'évolution de la syphilis, par H. Gougerot. *Bruxelles Médical*, 13e année, no 49, 8 octobre 1933, p. 1430.

G. montre comment les travaux modernes ont complètement rénové les idées classiques sur l'évolution de la syphilis ; il en résulte des conséquences de la plus grande importance doctrinale et pratique. Il étudie en particulier les syphilis primaires retardées, les syphilis sans chancre, les syphilis secondaires retardées, la fréquence, l'impor-

tance, la précocité des lésions viscérales et méningées de la syphilis secondaire, le rôle des infections associées, du biotropisme microbien, de la sensibilisation, puis les syphilis tertiaires, quaternaires, ics syphilis anciennes latentes, les syphilis d'évolution atypique ou déformée par le traitement, enfin l'influence heureuse que les éruptions cutanées, *spécifiques ou non*, ont sur l'évolution de la syphilis.

H. Rabeau.

La syphilis nerveuse de l'indigène de l'Afrique centrale envisagée dans le cadre de la syphilis indigène locale, par A. Dumont. *Bruxelles Médical*, 13e année, no 50, 15 octobre 1933, p. 1474.

D. a entrepris dans le Bas-Congo des recherches intéressantes sur la fréquence relative et l'évolution de la syphilis nerveuse. Il l'a observée de manière fréquente sous la forme de manifestations tertiaires allergiques. La syphilis nerveuse parenchymateuse y paraît fort rare. Les caractères, qui font de la syphilis indigène dans le Bas-Congo, un beau type de syphilis exotique, sont rapportés par D. au terrain allergique du Noir du centre de l'Afrique, à capacité de sensibilisation forte. Elle serait due à la malaria, universelle dans ces régions.

H. Rabeau.

Syphilis et gestation, par R. Beckers. *Bruxelles Médical*, 13e année, no 51, 22 octobre 1933, p. 1521.

Syphilis et grossesse réagissent l'une sur l'autre avec sévérité. Aussi le traitement de la femme en état de gestation doit être institué le plus rapidement possible ; il doit être immédiatement énergique et poursuivi pendant toute la durée de la gestation. La supériorité de l'arsenic sur le Bi et Hg est incontestable. La voie intramusculaire ou sous-cutanée sera préférable à la voie veineuse. Pour prévenir l'arséno-résistance, il sera bon de faire un traitement mixte arséno-mercuriel. Une femme régulièrement et suffisamment traitée doit accoucher le plus souvent d'un enfant sans lésions.

H. Rabeau.

La syphilis nerveuse de l'indigène de l'Afrique centrale envisagée dans le cadre de la syphilis indigène locale, par A. Dumont. *Bruxelles Médical*, 13e année, no 52, 29 octobre 1933, p. 1542.

La syphilis nerveuse méningée, vasculaire, nerveuse périphérique se rencontre fréquemment au cours du secondarisme et du tertiarisme de l'Indigène. Il paraît exister des rapports entre la syphilis et le béribéri dit nerveux. L'évolution sur le terrain syphilisé paraît favoriser l'apparition de la polynévrite.

Il existe dans le Bas-Congo une infection à virus neurotrope dont la porte d'entrée paraît être en prédilection la cornée. Ce virus, qui se rapporte par ses manifestations au virus herpétique, peut donner tous le tableau de l'infestation du tissu nerveux depuis la méningo-encéphalite jusqu'à la poly-radiculo-névrite aiguë ou chronique généralisée.

H. Rabeau.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Influence des matières chimiques contenues dans l'organisme et introduites dans la circulation sur la réaction cutanée locale. Contribution à l'étude de la tendance à l'inflammation cutanée (Der Einfluss der körpereizenen und in die Blutbahn gebrachten chemischen Stoffe auf die lokale Hautreaktion. Zur Frage der Hautentzündungsbereitschaft), par JOSEF SELLEI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 1.

La tendance de la peau à l'inflammation est due, d'après l'auteur, en premier lieu aux matières chimiques, en outre de la constitution, du système nerveux et des autres facteurs (pour déterminer cette tendance à l'inflammation, l'auteur s'est servi d'une « dermo-réaction kontophorétique » ou cataphorétique). L'irritation cutanée exagérée observée dans l'hyperthyroïdie et dans l'acrocyanose est très probablement produite par l'accroissement de la sécrétion thyroïdienne et par la vasolabilité. Dans l'ictère, la bile diminue la tendance à l'inflammation, c'est aussi le cas pour l'adrénaline (démontré expérimentalement).

OLGA ELIASCHEFF.

Nouvelles contributions à l'étude de l'influence toxique des arsénobenzènes sur le foie (Neues zum Studium der toxischen Wirkung der Arsenobenzolpräparate auf die Leber), par E. M. LEWIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 7.

L'auteur a examiné la fonction de la sécrétion biliaire après des injections de salvarsan : il a recherché si le symptôme cholalurie correspondait à la teneur de la bilirubine dans le sang, et s'il se produisait dans l'organisme un trouble de la sécrétion des acides biliaires *et* des pigments biliaires ou une rétention isolée uniquement des acides biliaires ou uniquement des pigments biliaires. Les cellules du foie réagissent à l'action toxique du salvarsan par une production et une élimination accrues de la bile ; la cellule absorbe de ce fait une plus grande quantité de la bilirubine du sang où le taux de la bilirubine diminue. Les troubles fonctionnels du foie chez les syphilitiques atteints d'ictère post-salvarsanique augmentent encore après les injections répétées de salvarsan, même dans les cas où l'ictère est dû à la syphilis. L'auteur considère qu'il faut supprimer le salvarsan dans les ictères « intrathérapeutiques » d'origine médicamenteuse et syphilitique.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un exanthème polymorphe, infectieux (de forme principalement vésiculo-pustuleuse) qui apparaît épidémiquement chez le cobaye (Ueber ein epidemisch bei Meerschweinchen auftretendes infektiöses, polymorphes (vorwiegend vesiculo-pustulöses) Exanthem), par Samuel GOLDBLATTE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 13, 5 fig.

Description d'une maladie (inconnue jusqu'à présent) infectieuse et contagieuse survenant spontanément chez les cobayes. Elle se localise surtout sur la peau ; après une courte incubation apparaît un exanthème très polymorphe : vésiculo-pustuleux, souvent aussi maculeux, papuleux ou pustulo-squameux (ressemblant à l'impétigo et au psoriasis). Les lésions régressent rapidement, l'état général des animaux est peu atteint. La maladie est très contagieuse. Il a été impossible de constater de quelle façon la contagion se faisait (on a constaté souvent chez les animaux une espèce de poux inconnue de l'auteur). On a pu transmettre la maladie aux cobayes sains, mais il a été impossible de déceler microscopiquement l'agent pathogène. L'auteur propose pour cette maladie la dénomination : « Exanthème infectieux, polymorphe, principalement vésiculo-pustuleux du cobaye ».

OLGA ELIASCHEFF.

Lésions précancéreuses multiples (avec exanthème précancéreux) et cancers en majeure partie du type de Bowen après un traitement de plusieurs années par l'arsenic (Multiple Præcancerosen (mit præcancerœsem Exanthem) und Carcinome, zum grossen Teil von bowenoïden Typus, nach langjährigem Arsenzegerauch), par Lothar GUGGENHEIM. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 26, 1 fig.

Observation d'une malade âgée de 55 ans qui présenta, après absorption d'arsenic, pendant plusieurs années, à côté d'un mélanose et d'une hyperkératose arsenicale sur 14 points de la peau, des carcinomes et des lésions précancéreuses, ainsi qu'un exanthème très probablement aussi précancéreux. Les lésions présentaient cliniquement en partie l'aspect de l'hyperkératose sénile, en partie l'aspect de la maladie de Bowen. L'histologie a montré trois épithéliomes tout à fait développés : un basaliome, un spinocellulaire et un épithélioma métatypique. Les lésions précancéreuses atypiques montrèrent une structure bowenoïde avec modifications dyskératosiques et dysplastiques, dans certains points des cordons pagétoïdes. L'exanthème est considéré comme une forme de passage entre la peau saine et les lésions précancéreuses. Les verrues séniles dont la malade était aussi atteinte, ne montraient ni dysplasie, ni dégénérescence précancéreuse. Ce dernier point confirme l'opinion de la nature non précancéreuse de ces formations.

L'auteur termine son travail par une discussion sur les lésions précancéreuses, les dyskératoses et les dysplasies.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le lichen plan bulleux de la muqueuse buccale (Contribution occasionnelle à l'histologie du lichen des muqueuses et considérations sur la nature de la réaction lichénoïde) (Ueber den Lichen ruber bullosus der Mundschleimhaut. Zugleich ein Beitrag zur Histologie des Schleimhaut-Lichen und Bemerkungen über die Natur der lichenoiden Reaktion), par Franz HERRMANN et Max WALTHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 49, 4 fig.

Observations de trois cas de lichen plan bulleux de la muqueuse buccale avec examens histologiques. Les lésions de cette forme du lichen plan ressemblent beaucoup au pemphigus des muqueuses. L'arsenic ne joue aucun rôle dans l'étiologie de ces trois cas, mais il est certain qu'il peut, non seulement augmenter les lésions préexistantes, mais provoquer un lichen plan, expression d'une réaction allergique.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les myxomes cutanés (Ueber Hautmyxome), par S. COVISA et I. BEJARANO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 60, 7 fig.

Description de deux cas de myxomes purs localisés chez un homme sur la lèvre supérieure, chez une femme sur la joue. Ce sont des tumeurs molles, gélatineuses, qui peuvent siéger dans le derme ou dans l'hypoderme ; elles sont soit de teinte rouge, soit de la teinte normale de la peau. L'histologie montre une masse donnant des réactions typiques : une métachromasie nette par le bleu polychrome d'Unna. La tumeur est entourée d'un infiltrat composé de lymphocytes, de polynucléaires et de fibroblastes. La néoformation de vaisseaux dans la tumeur est très prononcée.

OLGA ELIASCHEFF.

Eruption expérimentale par le thorium X dans l'hydroa vacciniforme (Experimentelle Eruption bei Hydroavacciniformis durch Thorium X), par Stephan EPSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 67, 4 fig.

Observations cliniques sur quelques cas d'hydroa vacciniforme et leur sensibilité vis-à-vis des irradiations. Chez une fillette âgée de 6 ans, atteinte d'un hydroa vacciniforme typique, l'auteur a reproduit 6 jours après l'application d'une pommade au thorium-X des vésicules ressemblant tout à fait à l'éruption de l'hydroa, vésicules déprimées au centre. Les vésicules restèrent localisées aux endroits irradiés, et guérirent sans laisser de cicatrices. Les seuls rayons actifs chez l'homme dans l'hydroa vacciniforme sont les rayons ultra-violets ; les rayons de Rœntgen ou ceux de radium (α, β, γ) ne donnent jamais de résultats. Les traumatismes semblent jouer un rôle dans la pathogénie de l'hydroa vacciniforme, ainsi qu'une hypersensibilité vis-à-vis des rayons ultra-violets.

OLGA ELIASCHEFF.

La mélanine et le métabolisme des lipoïdes cutanés (Melanin und Lipoidumsatz der Haut), par B. J. POMUSS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 88.

Recherches histologiques, d'après la méthode de Kickhoff, sur le pigment et les lipoïdes dans la peau des psoriasiques (20 cas) et dans d'autres dermatoses (80 cas). L'auteur conclut que la mélanine manque presque toujours dans la couche basale de l'épiderme au niveau d'une

papule de psoriasis ou de syphilis. Mais cette absence de pigment se rencontre aussi dans d'autres dermatoses, surtout là où il existe une prolifération épidermique.

On trouve dans la majorité des cas de psoriasis et de syphilis papuleuse une grande quantité de lipoïdes, mais on n'est pas en droit d'affirmer la diminution du pigment au profit de ces derniers.

Olga Eliascheff.

Un cas avorté de protéinose lipoïdique présentant l'aspect clinique d'excroissances verruciformes (kératomes lipoïdiques) des doigts (Ein abortiver Fall von Lipoidproteinose unter dem klinischen Bilde von warzenartien Excrescengen (Lipoid-keratomen) au den Fingern), par Erich Urbach et Camillo Wiethe. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 94, 6 fig.

Les auteurs apportent l'observation d'un cas avorté de protéinose lipoïdique sous l'aspect clinique de végétations verruciformes des doigts. La preuve que ces lésions appartenaient à la protéinose lipoïdique a été donnée par l'examen histologique : on constata par la coloration au Sudan III de la graisse au pourtour des vaisseaux et par la coloration hémalun-éosine des vacuoles dans les parois vasculaires des capillaires du corps papillaire.

Les auteurs considèrent les excroissances verruciformes, qui se rencontrent aussi dans d'autres maladies du métabolisme basal (dans la cholestérinose extra-cellulaire de Kerl-Urbach, l'amyloïdose locale nodulaire de la peau ainsi que dans l'angiokératome de Mibelli) comme une réaction de l'épiderme due à une irritation chronique venue de l'intérieur ; cette irritation est très probablement due au manque d'oxygène ou à la surcharge en acide carbonique dans les capillaires du corps papillaire, modifications produites par le dépôt de lipoïdes ou d'amyloïdes dans les parois vasculaires, ainsi que par la circulation ralentie dans les vaisseaux dilatés.

Les auteurs proposent pour ces excroissances verruciformes la dénomination « lipoïdekératomes, amyloïdekératomes, etc. », dénomination justifiée au point de vue pathogénique. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des idiosyncrasies physiques de la peau. Eczéma dû au froid (Beiträge zu den physikalischen Idiosynkrasien der Haut. Kälteekzem), par Fritz Bernstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 103, 4 fig.

Description d'un eczéma dû au froid dont le début remonte à 20 ans. Le diagnostic a été basé sur la localisation de l'eczéma aux endroits les plus exposés au froid, sur son apparition saisonnière pendant l'hiver et sur le résultat positif des épreuves cutanées (réactions urticarienne et eczémateuse). La transmission passive donna un résultat négatif.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la nature du phénomène de Nikolsky dans le pemphigus foliacé (Zur Frage des Weses des Nikolskyphænomens bei Pemphigus foliaceus), par S. T. Pawlow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 116, 3 fig.

Examens histologiques de la peau cliniquement saine, mais donnant le phénomène de Nikolsky dans deux cas de pemphigus foliacé. Les modifications se trouvent dans l'épiderme, principalement dans le corps muqueux de Malpighi : les filaments d'union et les fibrilles disparaissent complètement. La kératinisation ainsi que les colorations des noyaux sont tout à fait normales. Discussion sur l'étiologie du pemphigus, l'auteur admet avec Nikolsky des troubles trophiques.

Olga Eliascheff.

Observations sur la croissance et la conservation de champignons cutanés pathogènes sur la bouillie de cerveau selon la méthode de de Hibler (Beobachtungen über Wachstum und Konservierung pathogener Hautpilze auf Hirnbrei nach. v. Hibler), par C. L. Karrenberg *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 125, 12 fig.

L'auteur apporte les résultats obtenus par l'emploi d'une bouillie de cerveau selon la méthode de v. Hibler dans la bactériologie et dans la mycologie (croissance des champignons pathogènes). Une souche d'*Achorion gypseum* gardée sur ce milieu 13, 16, 17 et 18 mois, poussa au repiquage sur des milieux usuels et resta pathogène pour l'homme. Une souche de *Trichophyton gypseum asteroides* ainsi qu'un *Epidermophyton rubrum* repiqués après 13 mois sur un milieu de test, montrèrent un développement typique. Des souches d'un *Epidermophyton* clypéiforme, d'un *Epidermophyton lanoroseum* et d'un *Epidermophyton niveum*, gardèrent leur vitalité après 17 mois d'un séjour sur la bouillie. Ce milieu est d'une grande valeur pour la conservation des champignons, surtout dans la dermatomycologie. (La bouillie est préparée de la façon suivante : 1° utilisation de cerveaux humains (on peut aussi se servir de cerveaux d'animaux) prélevés 24 heures après la mort du sujet, macroscopiquement normaux et sans la pie-mère ; 2° passer au hachoir ; 3° peser la masse obtenue ; 4° ajouter à deux parties de cette substance une partie d'eau du robinet ; 5° passer au tamis fin ; 6° faire bouillir deux heures dans l'appareil de Koch (*pas* dans l'autoclave !) pour chasser l'air ; 7° le jour suivant, mettre en tubes et stériliser pendant au *moins deux heures* à l'autoclave à 110°.)

Olga Eliascheff.

Recherches sur les réactions cutanées dans l'érysipéloïde humain et animal (Untersuchungen ueber Hautreaktionen bei menschlichem und tierischem Rotlauf), par Hans Biberstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 146.

L'auteur a recherché l'allergie dans l'érysipéloïde chez l'homme et chez l'animal par des réactions intradermiques. Il a utilisé comme antigènes des vaccins cultivés sur bouillon pendant 24 heures (« vaccin

frais ») et pendant 10 jours (« vieux vaccin ») et des filtrats de bouillon de cultures de 24 heures et de 10 jours. Sur 18 sujets sains, on a obtenu 6 réactions positives avec le filtrat frais ; sur 60 sujets, 3 présentèrent une réaction positive avec le filtrat de 10 jours. Les réactions furent négatives avec le vaccin frais dans 11 cas, positive dans 1 cas sur 11 avec le « vieux vaccin ». La réaction fut positive dans 88,2 p. 100 des cas chez des sujets atteints d'érysipéloïde (cas aigus ou anciens) avec le filtrat de vieilles cultures.

Les mêmes expériences ont été répétées sur des cobayes.

B. ne croit pas à la rareté extrême de récidives dans l'érysipéloïde.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la physio-pathologie dans les dermatoses inflammatoires aiguës. IIIe communication. Sur la distribution suivant une certaine loi de différents ions entre la peau et le sang. La loi sur l'équilibre des membranes de Donnan (Zur Pathophysiologie akut entzündlicher Dermatosen. III Mitteilung. Ueber die Gesetzmassigkeit der verschiedenen Ionenverteilung zwischen Haut und Blut. Das Donnansche Membrangleichgewichtsgesetz), par Alfred PERUTZ et Andreas Eugen KLEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 161.

Les auteurs ont recherché l'existence d'un rapport déterminé dans la distribution des ions dans le sang ou le sérum sanguin et dans le liquide des bulles survenues spontanément ou produites par la cantharide dans les états pathologiques de la peau, principalement dans les dermatoses où on a démontré histo-chimiquement une augmentation des chlorides de la peau.

La loi de Donnan sur l'équilibre des membranes donne une explication des différences de distribution des électrolytes dans le sang et dans la peau. Les résultats des auteurs ont été les suivants : le sang contient plus d'albumine que le liquide des bulles ; au contraire, les bulles sont sensiblement plus riches en Cl^{+}ions. Les valeurs de CO_2 sont beaucoup plus grandes dans le sérum que dans le liquide des bulles ; les différences sont moins grandes en teneur de Na^{+}ions, le liquide des bulles contient un peu plus de Na.

La pression colloïdosmotique dans le sérum est sensiblement plus élevée que dans le liquide des bulles vu la différence dans la teneur en albumine. La distribution des électrolytes dans la peau est surtout réglée par la loi de Donnan.

OLGA ELIASCHEFF.

Histologie d'un bubon de lymphogranulomatose inguinale (Histologie eines Bubonulus bei Lymphogranulomatosis inguinalis), par C. TROBAESE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 171, 3 fig.

Observation d'un cas très grave de lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre) avec examen histologique d'un ganglion extirpé. Présence de cellules épithélioïdes et de cellules géantes avec aspect folliculaire. Oblitération des petits et moyens vaisseaux lympha-

tiques par l'endo-vascularite proliférante. Le tissu de granulation qui obture les vaisseaux est aussi composé de fibroblastes ressemblant, en majeure partie, aux cellules épithélioïdes. OLGA ELIASCHEFF.

Contributions à l'étude des idiosyncrasies physiques de la peau. IVe communication. Sensibilisation spécifique comme cause des dermatoses idiosyncrasiques dues à la lumière (Beiträge zu den physikalischen Idiosynkrasien der Haut. IV Mitteilung. Spezifische Sensibilisierung als Ursuche idiosynkrasischer Lichtdermatosen), par F. BERNSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 177, 2 fig.

Description de deux cas de sensibilisation spécifique vis-à-vis des rayons lumineux (urticaire et eczéma) apparue à la suite d'irradiations intensives et prolongées par la lampe de quartz, irradiations répétées toujours sur les mêmes endroits de la peau. Ce furent les rayons du spectre solaire et de la lampe de quartz qui provoquèrent cette hypersensibilité ; au contraire, les rayons de la lampe Sollux furent bien supportés.

La sensibilisation disparut spontanément en quelques semaines dans l'urticaire et en quelques mois dans l'eczéma (pansement occlusif). L'hypersensibilité vis-à-vis de la lumière a été transmise (dans le cas de l'urticaire) à des cobayes et à des souris. La sensibilisation spécifique et la transmission passive parlent en faveur du caractère allergique de l'urticaire due à la lumière. OLGA ELIASCHEFF.

Recherches micro-analytiques sur la teneur en soufre de la peau normale et malade avec considérations spéciales sur le psoriasis (Mikroanalytische Untersuchungen ueber den Schwefelgehalt normaler und krankhaft veränderter Haut unter besonderer Berücksichtigung der Psoriasis), par Theodor GRUNEBERG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 183.

Recherches sur la teneur en soufre (par la méthode de Friedrich) dans les ongles (prélevés sur le vivant), les squames, les durillons, dans la peau hyperkératosique, la peau de sujets sains et atteints de maladies cutanées, surtout de psoriasis.

Les squames sont plus riches en soufre que l'épiderme à kératinisation normale. Les squames dans les cas de psoriasis à exfoliation intense et dans les dermatoses chroniques exfoliantes présentaient la plus grande teneur en soufre. Plus l'hyperkératose des ongles était grande, moins ceux-ci contenaient de soufre (en comparaison avec les ongles normaux).

La teneur en soufre de la peau dans le psoriasis était à peu près égale à celle contenue dans la peau normale de la même région, mais on constatait une accumulation de soufre dans les lésions psoriasiques en régression. Se basant sur les travaux de Loeper et de ses collaborateurs, les auteurs partagent l'opinion de ces derniers : l'augmentation du soufre dans le stade latent du psoriasis peut être l'expres-

sion d'un trouble de la fonction de la corticale des glandes surrénales.

D'après les recherches des auteurs, il n'existe pas de trouble du métabolisme général du soufre ou des albumines.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches complémentaires sur la pathologie de la Syphilis (Modifications dans les organes internes chez l'homme aux stades de début de la Syphilis) (Weitere Untersuchungen ueber die Pathologie der Syphilis (Veränderungen innerer Organe in den Frühstadien der Syphilis beim Menschen)), par Alexander WILENTSCHUK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 215, 2 fig.

L'auteur a recherché (à l'autopsie) les modifications des organes internes dans la syphilis. Le début de l'infection ne dépassait pas 3 ans. L'examen a été pratiqué macro- et microscopiquement sur 27 sujets syphilitiques morts de causes différentes. W. conclut que les lésions spécifiques constatées histologiquement dans les organes internes confirment la possibilité qu'il existe déjà dans la syphilis floride des modifications tissulaires. On trouve chez l'homme les mêmes lésions que chez l'animal et on les rencontre principalement à la période de la généralisation du virus, période qui correspond à l'apparition de l'éruption cutanée. Il est absolument nécessaire d'examiner déjà à cette période la fonction des organes internes et pour cela de perfectionner les méthodes d'investigation clinique. OLGA ELIASCHEFF.

Sur une leucokératose de la voûte palatine chez les fumeurs (Ueber eine Raucherleukokeratose des Gaumens), par W. KRAINZ et L. KUMER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 224, 4 fig.

Observations de 10 cas d'une leucokératose de la voûte palatine uniquement ou de la voûte et du voile du palais. Cette lésion se rencontre surtout chez des vieillards grands fumeurs et consiste en une coloration blanchâtre et un léger épaississement de la muqueuse dans laquelle se trouvent de petits points rouges ou de minuscules papules hémisphériques blanchâtres avec dépression centrale. Ces points et papulettes correspondent aux conduits excréteurs des glandes muqueuses. La maladie est presque indolore et on obtient une amélioration ou même la guérison quand les sujets cessent de fumer.

OLGA ELIASCHEFF.

Maladie de Darier dans trois générations (Morbus Darier in 3 Generationen), par O. DAHMEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 230.

La maladie de Darier a été constatée dans trois générations : chez un père, sa fille et la fille de celle-ci. Les examens des groupes sanguins chez les trois sujets montrèrent qu'ils appartenaient tous au groupe sanguin A. OLGA ELIASCHEFF.

Dermite due à l'écorce de racine de Dahlia (Dahlienwurzelrinden-Dermatitis), par L. H. VRYMAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 1, 1933, p. 233, 1 fig.

Observation d'un cas de dermite due uniquement à une substance qui se trouve dans la racine des dahlias et presque exclusivement dans l'écorce de la racine. OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur les agents pathogènes du leptothrix Wilson (Trichomycosis palmellina, Pick) (Untersuchungen über die Erreger von Lepothrix Wilson), par Pingting HUANG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 235, 11 fig.

Bibliographie très complète et recherches personnelles par cultures sur l'agent pathogène du leptothrix Wilson. D'après l'auteur, l'affection est de nature parasitaire et est due aux actinomycètes cultivés dans tous les 25 cas observés. Ce champignon se présente sur les cheveux ainsi que dans les cultures tantôt sous forme de cocci, tantôt de bâtonnets et de myceliums.

L'aspect clinique des cas observés correspondait à celui décrit par Pick : il existe deux types : *a*) au pourtour des cheveux des petites papules, rondes, isolées ou conglomérées ; *b*) des masses gélatineuses accolées aux poils sous la forme d'une membrane ou d'une plume. La teinte de ces enduits est d'un gris blanchâtre ou jaunâtre. Il n'a pas été observé de variétés rouges ou noires.

Les enduits du leptothrix sont formés d'une masse de gloea, produit du champignon. On y distingue microscopiquement des éléments, tantôt sous forme de cocci, de bâtonnets, tantôt de vraies hyphes et ces dernières sont souvent à disposition radiaire et ressemblent aux chrysanthèmes. Toutes les souches obtenues sont probablement de la même espèce (excepté une seule). Comme les cultures ne diffèrent pas de celles démontrées par Castellani et par Chalmers et O'Farrell, l'auteur leur donne le même nom que Castellani : *actinomyces tenuis* et il considère comme synonyme la dénomination *Actinomyces tenax Takahashi*.

La forme mycologique complète de l'*actinomyces tenuis* de l'auteur est un mycélium muni de rameaux latéraux vrais. La teinte de la culture est ordinairement d'un gris blanchâtre ou jaunâtre, mais il existe aussi des souches qui produisent un pigment rouge intense, jaune orangé et noir : *actinomyces tenuis* variété *chromogenes*.

On peut facilement infecter avec les cultures les poils des aisselles, mais il n'est pas possible d'infecter les poils arrachés. L'infection des poils de cobayes a été négative. L'injection intrapéritonéale de grandes quantités de cultures aux souris produit des lésions pathologiques inflammatoires dues aux corps étrangers. Le sérum de lapins sensibilisés avec l'*actinomyces tenuis* ou ses variétés est capable d'agglutiner non seulement les suspensions des souches correspondantes, mais aussi celles des autres souches. Il est donc impossible de faire une distinction des souches par cette réaction. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la gangrène multiple de la peau (neurotique) (Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen (neurotischen) Hautgangrän), par H. G. BADE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 274, 3 fig.

Observation et belles figures d'un cas de gangrène multiple neurotique de la peau chez un homme de 25 ans, lésions survenues par poussées périodiques. On a constaté : 1° des taches rougeâtres discoïdes en peau saine ; 2° des érythèmes concentriques rubannés au pourtour des foyers anciens (ces deux formes provoquèrent plusieurs fois, mais pas toujours, une perte de substance superficielle de la peau, suivie de guérison avec pigmentation) ; 3° des érythèmes discoïdes avec anémie centrale secondaire ; 4° des foyers anémiques sans inflammation ; 5° des érythèmes circonscrits, au centre desquels se développa, après une lésion bulleuse passagère, une anémie. Ces trois formes amenèrent régulièrement une gangrène profonde suivie de guérison avec cicatrices.

Apparition sur les muqueuses buccale et pharyngée de larges ulcérations. Pendant toutes les poussées, la fièvre monta jusqu'à 40° et provoqua, à côté d'un mauvais état général, une grande perte de poids. On constata régulièrement dans les lésions cutanées et muqueuses des staphylo- et streptocoques hémolytiques, mais les épreuves d'agglutination avec ces microbes furent négatives, ainsi que les cultures du sang.

L'examen histologique montra dans les jeunes foyers, à côté de lésions inflammatoires et œdémateuses du chorion, de la nécrobiose épidermique et un rétrécissement remarquable des vaisseaux complètement vides de sang, mais dont les parois n'étaient pas modifiées. Les examens neurologique et clinique furent tous négatifs. La malade mourut cachectique au bout de cinq mois. L'autopsie n'apporta aucun signe sur l'origine de la maladie. L'auteur ne peut pas admettre une cause neurogène à l'origine des lésions, il croit plutôt à une infection, pour le moment inexpliquée, toxique, hématogène et dont le virus a atteint directement les vaisseaux. Olga Eliascheff.

Sur une forme spéciale de l'ichtyose congénitale tardive (Ichthyosis congenita tarda hystriciformes cum Erythrodermia figurata variabilis et Papillomatosis et Lipodystrophia) (Ueber eine besondere Form der Ichtyosis congenita tarda), par P. W. Schmidt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 296, 7 fig.

Description d'un cas rentrant dans le groupe de l'ichtyose héréditaire tardive. La malade, âgée de 34 ans, présentait une hyperkératose du tronc, plus accentuée sur les extrémités inférieures ; les masses cornées, d'une épaisseur de 2-3 centimètres, couvraient les jambes. A côté de cette hyperkératose (la face et le cuir chevelu en étaient indemnes), il existait un érythème sous forme de taches et de bandes nettement limitées, en partie serpigineuses sur sa face, le tronc et les extrémités. Les grands plis étaient aussi recouverts de masses cornées noirâtres. Forte augmentation de la transpiration par places. La maladie avait débuté très peu de temps après la naissance.

Les particularités de ce cas sont : l'hypertrophie du tissu graisseux aux avant-bras (non encore décrite dans l'ichtyose héréditaire de

sujets qui ont survécu) ; les lésions papillomateuses digitiformes et les végétations cutanées au voisinage des follicules ; les érythèmes.

L'histologie des lésions de la poitrine montrait une grande analogie avec celles décrites par Gougerot et Carteaud dans la papillomatose cutanée : hypertrophie de la couche cornée sans parakératose, atrophie partielle de la granuleuse et de la couche épineuse.

Olga Eliascheff.

Influence des rayons de Rœntgen sur les cellules et les inclusions dans les noyaux de l'épiderme dans la verrue vulgaire (Der Einfluss der Rœntgenstrahlen auf die Zellen und die Kernemschlasse der Epidermis bei Verruca vulgaris), par Wlassic Tibor. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 318, 3 fig.

Recherches histologiques sur l'influence des rayons de Rœntgen sur les cellules et les inclusions dans les noyaux de l'épiderme dans la verrue vulgaire. L'auteur conclut que l'on rencontre des modifications non spécifiques, c'est-à-dire une dégénérescence cellulaire dans la verrue non traitée et traitée par les rayons X, mais les rayons produisent une destruction des nucléoles qui se présentent sous forme de tout petits corpuscules élémentaires, forme encore inconnue jusqu'à présent.

Les verrues donnent aussi, pendant le traitement par les rayons, la « plastine-réaction », laquelle n'avait été constatée que dans les tumeurs malignes. Cette réaction n'est donc pas spécifique.

Olga Eliascheff.

Aphtes récidivantes chez l'adulte (Recidivierende Aphthen bei Erwachsenen), par A. Jordan. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 330.

L'auteur a observé au cours des sept dernières années, 24 cas d'aphtes récidivantes chez l'adulte (entre 31-40 ans). Dans 23 cas, le cours et l'aspect de la maladie ont été les mêmes que chez l'enfant : développement d'érosions superficielles, arrondies, recouvertes d'un enduit blanc jaunâtre. Un sujet présenta des ulcérations récidivantes peu douloureuses de la muqueuse buccale, lésions qui ressemblaient à celles du pemphigus vulgaire, mais sans atteinte de l'état général et sans bulles cutanées. J. recommande, à côté d'un traitement général, des injections d'auto-vaccin qui lui ont donné, chez le sujet atteint d'ulcérations aphteuses, une amélioration très nette.

Olga Eliascheff.

Recherches expérimentales sur la théorie des autoanticorps dans la syphilis (Experimentelle Untersuchungen über die Theorie der Autoantikörper bei Lues), par E. M. Lewin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 339.

Recherches expérimentales sur la formation d'anticorps par les antigènes soi-disant syphilitiques. Les conclusions de L. sont les suivantes :

On peut obtenir chez les lapins, expérimentalement, une réaction de Bordet-Wassermann positive en injectant un mélange d'un extrait alcoolique de foie d'hérédo-syphilitique et de sérum de porc. Ce dernier joue dans ce cas le rôle d'activateur et remplace dans une certaine mesure le tréponème.

La réaction de Bordet-Wassermann reste négative si l'on injecte au lapin l'extrait alcoolique de foie d'hérédo-syphilitique sans sérum de porc. Il en résulte que ce ne sont pas uniquement les lipoïdes qui produisent des anticorps dans l'organisme. Ce fut aussi le cas pour les autres expériences de l'auteur faites sur le cobaye. Elles parlent en faveur de la théorie des auto-anticorps dans la syphilis, d'après laquelle l'organisme du syphilitique produit, sous l'influence d'un activateur — le tréponème — des auto-anticorps ; ces derniers le préservent contre les produits de décomposition de ses propres organes.

La réaction de Bordet-Wassermann positive se fait sous l'influence de la décomposition des organes du syphilitique, mais ce processus peut aussi survenir dans d'autres maladies et l'auteur explique de cette façon les réactions de Bordet-Wassermann positives non spécifiques, par exemple dans le paludisme, la scarlatine, etc.

OLGA ELIASCHEFF.

Gangrène des bourses et de la verge après anesthésie par infiltration (Infection ou hypersensibilité à l'adrénaline !) (Gangræn des Scrotum und Penis nach Infiltrationsanæsthesie) (Infektion oder Adrenalinueberempfindlichkeit !), par Wilhelm MILBRADT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 345.

Observation d'une gangrène des bourses et de la verge chez un homme de 25 ans opéré pour un phimosis congénital et des végétations vénériennes récidivantes. L'anesthésie locale fut pratiquée avec une solution de novocaïne à 1 o/o avec adrénaline (dose totale : 0 cgr. 12 de novocaïne et 0,0003 d'adrénaline).

Il existait chez ce sujet une hypersensibilité vis-à-vis de l'adrénaline.

OLGA ELIASCHEFF.

Pityriasis rubra Hebræ avec lymphogranulomatose (Pityriasis rubra Hebræ mit Lymphogranulomatose), par Ernst BRILL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 349.

Observation d'un cas typique de *pityriasis rubra* pilaire combiné avec une lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg. L'histologie d'un ganglion montra la présence de cellules de Sternberg, de cellules éosinophiles dans un tissu de granulations. Pas de lésions typiques de tuberculose, pas de bacilles de Koch dans les coupes.

OLGA ELIASCHEFF.

Syphilis à développement extraordinaire (Eigenartiger Luesverlauf), par Friedrich DIETEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 2, 1933, p. 379, 1 fig.

Observation d'un cas de syphilis tout à fait atypique. Le malade, âgé de 48 ans en 1926, présenta à ce moment des syphilides tertiaires typiques de la face et de la peau des organes génitaux, arséno-résistantes et disparues après une seule cure par le « mercurol » et le JK. Contamination probable en 1918. En 1932, le malade présenta de nouveau des lésions sur la verge et les bourses, lésions intermédiaires entre des plaques muqueuses végétantes et des syphilides tubéro-serpigineuses. Nombreux tréponèmes dans les plaques muqueuses suintantes. Il s'agit d'une récidive d'une syphilis tertiaire et ce cas est d'une grande importance clinique : on ne considère pas ordinairement les sujets atteints de syphilides tertiaires 6 ans après leur apparition comme contagieux et on ne trouve pas dans les lésions de tréponèmes. Ce cas prouve qu'il est possible, quoique exceptionnellement, de constater des lésions très contagieuses à un stade tardif de la syphilis.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (*Berlin*).

La fluorescence des fibres élastiques dans la peau (Ueber di Fluoreszenz der elastischen Fasern in der Haut), par S. BOMMER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 6, octobre 1933, p. 319, 2 fig.

Par le microscope à ultra-violet, les fibres élastiques présentent une fluorescence du bleu clair au blanc bleuâtre. Ce procédé permet l'étude des fibres élastiques de la zone papillaire, du derme et de l'hypoderme. La netteté du phénomène dépend évidemment de l'intensité avec laquelle le tissu conjonctif s'éclaire. Le tissu à examiner est coupé à la congélation avec ou sans fixation préalable au formol. Les coupes sont montées dans l'eau (elles ne durent pas plus d'une heure) ou dans la glycérine. On sait que W. Fribors attribue la solidité des fibres épidermiques à leur richesse en acide silicique : ce corps est abondant dans les cendres des squames (psoriasis, ichtyose, pemphigus végétant, dermite exfoliatrice) ; c'est lui qui assure la solidité et l'élasticité des fibres végétales, des plumes et des poils. Sans vouloir aucunement attribuer la fluorescence à la silice, on doit constater que les poils, les plumes, les squames et les fibres élastiques sont vivement fluorescents.

L. CHATELLIER.

Dermatoses phytogènes, avec considérations sur la dermite des prés (Phytogene Hauterkrankungen, mit besonderer Rücksicht auf die Wiesen dermatitis), par J. SCHLAMMADINGER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 6, octobre 1933, p. 324, 1 fig.

S. rapporte tout d'abord deux cas de dermite allergique à *Callistephus hortensis* et à *Chrysanthemum indicum*. La première n'avait jamais été incriminée. Or, ces deux plantes appartiennent à l'ordre des Composées et contiennent l'une l'astérine, l'autre la chrysanthémine, que l'analyse chimique montre composée de cyanidine et de glucose. En

outre, *C. hortensis* contient un autre glycoside, la callistéphine, qui est un isomère de la glycoside du pélargonium, capable de provoquer des lésions cutanées.

S. a eu, en outre, l'occasion d'observer 10 cas de dermite des prés, dont 9 survenues chez des jeunes gens sains, qui s'étaient étendus en sueur sur l'herbe. Cette dermite se sépare des dermites allergiques vraies par la soudaineté, la limitation, l'intensité, la rapide évolution des lésions et la pigmentation résiduelle. L'étiologie de la dermite des prés n'est pas complètement établie : il faut le concours de circonstances et de conditions, dont partie reste encore inconnue. La dermite des prés constitue une toxicodermie, que des plantes inoffensives peuvent provoquer, quand toutes les conditions favorables sont réunies, et non une dermite allergique. L. Chatellier.

Syphilis et autres spirochétoses (Syphilis und andere Spirochätosen), par R. Strempel et H. Kroó. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f 6, octobre 1933, pp. 340 à 367.

Revue générale des travaux tout récents qui intéressent le spirochète de la syphilis et d'autres spirochètes pathogènes : morphologie, biologie, chimiothérapie. Bibliographie considérable.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Nos expériences thérapeutiques dans le traitement du pemphigus vulgaire (Unsere therapeutischen Erfahrungen bei der Behandlung des Pemphigus vulgaris), par E. Keining. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 40, 7 octobre 1933, p. 1423.

On sait combien la thérapeutique du pemphigus vulgaire est décevante, car cette affection redoutable évolue par poussées imprévisibles et, de plus, on ignore tout de son étiologie. K. rappelle les divers essais thérapeutiques (médicamenteux, diététique, pyrétothérapique). D'autre part, les rapports du pemphigus et de l'activité sexuelle sont certains. Déjà, en 1923, Keutzer et Keining avaient obtenu une sédation prolongée des manifestations cutanées par la castration radiothérapique chez une jeune fille. Mêmes résultats dans les cas de Ruete, de Schreus et Esser, de Preininger. Il ne s'agit pas, évidemment, d'une thérapeutique causale, mais d'un procédé capable de modifier la nutrition générale. Il est vraisemblable qu'on pourrait obtenir des résultats analogues, en agissant sur d'autres glandes internes. L. Chatellier.

Nodules cutanés multiples en tumeur d'origine inconnue (Multiple tumorartige Hautknoten unbekannter Provenienz. Fall für Diagnose), par P. Frank. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 41, 14 octobre 1933, p. 1467, 3 fig.

Chez un jeune homme est apparu, depuis 5 semaines, sur la joue

droite un nodule indolore. Même lésion vieille de 3 ans dans la paume gauche, avec sensibilité à la pression. Sur la joue et dans la paume, nodule sous-cutané adhérent au derme, de couleur bleuâtre ; aucune inflammation. Les deux nodules sont extirpés. A l'examen histologique, la lésion est constituée par une capsule fibreuse, où l'on distingue par places des amas de cellules rondes. Sous la capsule, on découvre un tissu constitué de plasmocytes, de cellules rondes et épithélioïdes, et parsemé de cellules géantes à type de cellules géantes à corps étrangers. En outre, il existe des cellules à type conjonctif et de nombreux polynucléaires ; dans cette partie superficielle, nombreux capillaires. Au centre, polynucléaires très abondants ; le nodule de la joue possède une capsule moins épaisse et une disposition moins régulière des différents éléments. Pas de signes d'inflammation autour des nodules ; pas de bacilles de Koch.

Un troisième nodule, qui occupait le lobule de l'oreille gauche, est inoculé au cobaye et ensemencé ; l'examen histologique y décèle la même structure. Inoculation et ensemencement ne donnent aucun résultat.

L'absence de tout antécédent pathologique important chez le malade, les résultats de l'inoculation, de l'ensemencement et de l'histologie, permettent d'exclure la tuberculose. La dissémination des lésions parle en faveur d'une origine hématogène. Infection très probable, mais inconnue. L. Chatellier.

Les caractéristiques de la syphilis chez les Bouriates (Zur Characteristik der Syphilis unter den Buriaten), par A. Lapyschew. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 42, 21 octobre 1933, p. 1500, 1 fig.

La République des Bouriates est un territoire national autonome de la Sibérie Orientale, rattaché à l'U. R. S. S., de 350.000 kilomètres carrés et peuplé de 500.000 âmes environ.

La syphilis y est endémique et très largement répandue ; la dissémination de la maladie est favorisée par le mode d'existence de cette population nomade, misérable et peu développée. Sur 634 membres des 155 familles examinées, 528 ont été examinés : 223 hommes et 305 femmes. Sur les 155 familles, 49 seulement étaient indemnes ; des 528 personnes examinées, 168 syphilitiques cliniquement certains. La syphilis tertiaire est la manifestation dominante (peau, os, articulations, bouche). Les manifestations cutanées, ou muqueuses ou osseuses sont profuses, et souvent mutilantes. L'association à la tuberculose paraît fréquente. La thérapeutique habituelle se montre très efficace. Sur 149 femmes mariées, 113 seulement ont eu des enfants ; les avortements sont relativement rares (17 o/o). Sur 533 enfants, 200 moururent dans la première année, 70 de 1 à 12 ans. L. Chatellier.

Brûlure cutanée par le gaz de combat croix jaune (Gelbkreuz-Kampfgasverätzung der Haut), par A. Matras. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 43, 28 octobre 1933, p. 1523, 1 fig.

Sous ce nom, on désigne le dichloréthylsulfide, qui se présente sous forme gazeuse ou liquide. La forme liquide est douée d'un pouvoir corrosif qui varie avec la durée d'application et la sensibilité de la peau. Après une période de latence de 2 à 6 heures, apparaissent de la rougeur, du gonflement, la formation de vésicules ou de bulles parfois énormes, et même des ulcérations avec nécrose. Les vapeurs provoquent des lésions superficielles. Une observation de dermite bulleuse des mains et de conjonctivite associées. L. Chatellier.

Action empêchante et parasiticide de différentes substances chimiques sur Epidermophyton rubrum, E. interdigitale et Trichophyton pedis A et B (Die Wachstum verhindernde und abtötende Wirkung verschiedener chemischer Mittel auf Epidermophyton rubrum, Epidermophyton interdigitale et Trichophyton pedis A und B), par Li Hsuch Yi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 43, 28 octobre 1933, p. 1526, 2 fig.

L'auteur a étudié l'action sur le développement de ces quatre champignons de diverses substances.

La fuchsine de Castellani, le thymol, l'acide benzoïque et l'acide salicylique ont un fort pouvoir empêchant et même parasiticide *in vitro* ; cliniquement, ce sont des produits antimycosiques inestimables.

L'alcool, la fuchsine phéniquée, le mercurochrome 220, l'hyposulfite de soude et le rivanol n'ont pratiquement aucune action sur le développement des cultures, aussi leur valeur thérapeutique doit-elle être mise en doute.

L'action de la résorcine et du benzol est difficile à expliquer ; elle repose sans doute sur la résistance variable des parasites dans diverses conditions. L. Chatellier.

Traitement antisyphilitique de lésions soupçonnées chancreuses même sans confirmation du diagnostic par la découverte de spirochètes (Antiluetische Behandlung primäraffektverdächtiger Läsionen auch ohne Sicherstellung der Diagnose durch den Spirochätennachweis), par A. Musger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 42, 28 octobre 1933, p. 1532.

Oppenheim a proposé les deux règles suivantes :

Toute érosion suspecte et toute ulcération suspecte entraînent le traitement abortif, même si le diagnostic reste douteux.

Toute lésion génitale, consécutive à un coït suspect, doit subir le traitement abortif.

M. oppose à la première 334 cas, où l'ultra-microscope et la sérologie sont restés négatifs ; l'observation prolongée de 118 malades n'a pas permis de déceler la syphilis.

A la deuxième, il oppose que l'on doit multiplier les recherches microscopiques et qu'ainsi on arrive, dans les cas de syphilis vraie, à dépister le spirochète, sans pour cela arriver trop tard pour le traitement abortif. Le danger de traiter parfois tardivement une syphilis inaperçue au

début ne compense pas celui de traiter des malades pour une syphilis qu'ils n'ont pas. Donc ne traiter que lorsque le diagnostic est assuré.

L. Chatellier.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

Troubles de la croissance des cheveux (Ueber Störungen der Haarwachstums), par W. Brack. *Schweiz. Medizinische Wochenschrift*, 1932, n° 35, p. 709.

L'auteur pense que les tissus vivants ne jouent pas un rôle passif dans les processus d'alimentation, mais que les cellules vivantes choisissent dans la nourriture offerte les substances et les quantités qu'il leur faut pour vivre et fonctionner. La consommation dépend donc en premier lieu d'une force vitale qui, en ce qui concerne les cheveux, peut être appelée énergie de croissance, puisque son rôle s'affirme presque exclusivement dans la croissance des cheveux.

A côté de l'énergie de croissance, la quantité et la qualité de la nourriture influencent aussi le développement des cheveux. D'après les expériences de Guggenheim, un excès de substances nutritives est sans importance, si les cellules sont normales. Abelin a montré que dans des conditions pathologiques un excès de Zystine peut tout comme un traitement à base d'extrait thyroïdien, remédier à un tort causé par un régime de biscuit.

Une alimentation insuffisante peut, au contraire, nuire à la croissance des cheveux et cela même si l'énergie de croissance est normale. L'insuffisance peut être causée par le manque de certaines substances nutritives : Theyler estime que le manque de phosphates, par exemple, dans la nourriture des moutons australiens, est responsable de la finesse de leur laine. Mais il y a également des troubles de la circulation locale qui causent une réduction du courant du suc nourricier.

L'auteur a observé le cas suivant d'atrophie de la peau : le degré de l'affection est très différent suivant les diverses parties du corps. Sur le côté gauche de la poitrine, il y a des régions, où la peau semble être tout à fait normale et ne se distingue des parties correspondantes du côté droit que par un manque de poils. L'expérience de Jeanselme (iontophorèse à la pilocarpine) provoque une sécrétion sudorale, qui est plus forte et dure plus longtemps sur le côté droit. Une comparaison dermographique montre que la formation d'élevures ortiées et le halo rouge sont plus intenses à droite tandis que les *arrectores pilorum* répondent à une irritation froide nettement plus vite et plus fortement à gauche. L'ensemble des symptômes indiquerait, que les fonctions végétatives de la peau du côté gauche sont influencées, malgré l'apparence normale de la peau, principalement par les nerfs sympathiques.

Le malade présente aussi, après avoir bu 200 centimètres cubes de lait, une forte réaction hémoclasique.

Une thérapeutique par la choline a un bon effet sur cette réaction ainsi que sur les spasmes des muscles, l'atrophie de la peau et des muscles, et sur le côté gauche les poils poussent aux endroits qui, malgré leur apparence normale, ont été glabres.

Les recherches de Ebbecke, Thomas Lewis, Dale, Krogh et autres expliquent comme suit la triple réaction dermographique : en réponse à une irritation directe des tissus, il se dégage de l'histamine qui cause des élevures ortiées. Si des nerfs sensitifs sont irrités, des nerfs, dits parasympathiques, transmettent la sensation et de l'acétylcholine se dégage qui provoque un halo rouge. Des réactions dermographiques diminuées correspondraient donc à une sécrétion diminuée d'histamine et d'acétylcholine et, puisque cette dernière fonction (et d'après Thomas Lewis éventuellement aussi la sécrétion de l'histamine) est dirigée par des nerfs dits parasympathiques, une réaction dermographique moins forte indiquerait une influence réduite de la part des nerfs parasympathiques ou une prépondérance des fonctions végétatives sympathiques.

L'auteur estime donc que, dans le cas décrit ci-dessus, la diminution de la réaction dermographique ou l'influence prépondérante constrictrice, en réduisant le courant sanguin dans les parties glabres, a empêché la croissance des cheveux. Le succès du traitement semble justifier cette explication : l'énergie de croissance latente, mais évidemment normale, a commencé à fonctionner aussitôt que le courant sanguin est devenu plus fort.

Des observations analogues de trois malades, atteints de pelade, ont confirmé l'opinion de B. Un traitement aux rayons ultra-violets fit rougir les environs du foyer glabre (région de la barbe) et causa un épanchement assez fort, tandis que le foyer lui-même ne changeait presque pas.

Si on peut plus ou moins bien se représenter les causes des troubles trophiques, les causes des troubles fonctionnels d'ordre sympathicotonique, ne sont pas du tout connues. Toutefois, l'unilatéralité des zones atrophiques du premier malade semblent indiquer que la lésion primaire se trouve au centre nerveux. L'auteur est tenté de donner l'explication suivante : il est connu, que de fortes irritations psychiques (tout spécialement le travail intellectuel intense et continu, les soucis, l'insomnie, etc.) peuvent, entre autres, amener des irritations du système nerveux sympathique, des capsules surrénales, du corps pituitaire. Consécutivement, une constriction des vaisseaux capillaires et des artérioles et une diminution de leur perméabilité peuvent se réaliser et aboutir même à un état anormal permanent (par exemple le foyer de pelade). Un pareil état pathologique peut être suivi d'une alimentation locale insuffisante, de la chute des cheveux ou d'une croissance réduite de la chevelure. Les symptômes cliniques dépendent naturellement de la localisation des vaisseaux sanguins anormaux. B. estime que certains cas

de maladie de Raynaud et de sclérodermie s'expliquent ainsi (voir les recherches de Thomas Lewis, concernant la circulation périphérique et la suppression spasmodique [Heart 15]).

Un traitement à la choline et à l'histamine a amélioré beaucoup de peladiques. Chez une malade surtout, souffrant de pareils troubles depuis 6 ans, les foyers ont disparu à la suite d'une cure au pacyl (2×5 milligrammes par jour) en ne se sont plus reproduits pendant 2 ans. Mais après une suspension de traitement pendant 9 mois, il survient un foyer nouveau.

Cependant une certaine malade, tourmentée de soucis continuels, a résisté à un traitement prolongé au pacyl, à la cholinétherchloride (Roche) ou à l'histamine, même à des injections journalières d'acétylinchloride ou d'insuline. Des applications réitérées de bellafoline n'ont pas eu de succès non plus (faites pour savoir s'il y avait des réactions inverses), et une alopécie totale s'est développée. Par la réaction de Jeanselme, la sécrétion sudorale était minime aux endroits glabres du crâne, au visage et au corps jusqu'aux hanches, tandis qu'aux parties inférieures du corps elle était abondante. B. pense qu'il s'agit de troubles végétatifs, savoir d'une hypertonie sympathique, mais accompagnée d'une lésion de l'énergie de croissance.

Puisque les fonctions végétatives sont intimement liées aux fonctions des glandes endocrines, il est très difficile de séparer ces mécanismes divers et, pour cette raison, l'auteur recommande d'étudier d'abord les troubles simples. MAX HENRI WELTI (Zurich).

Traitement des furoncles et paronychies par l'oxygène (Die Behandlung der Furunkel und Paronychien mit Sauerstoff), par C. SALZMANN. *Schweiz. Medizinische Wochenschrift*, 1932, n° 35, p. 792.

Le traitement des plaies infectées à l'oxygène date du XVIIIe siècle (Jan. Ingen-housz, Spallanzani, etc.), mais il était depuis longtemps oublié et n'a été repris que depuis une vingtaine d'années. L'auteur a traité des furoncles, des pan- et des paronychies avec des injections et des insufflations d'oxygène avec succès et sans jamais observer d'embolie.

On injecte l'oxygène avec une aiguille fine au centre des furoncles ou on l'insuffle par une canule de verre stérile dans la plaie cratériforme. Un appareil spécial sert à réduire et à adapter la pression de l'oxygène (1/4, 1/2-1 atmosphère). 1 à 3 injections par jour sont suffisantes pour des furoncles petits ou moyens. Les tissus enflammés fondent très vite et l'abcès se vide spontanément en 24 à 48 heures. A la suite d'insufflations d'oxygène réitérées, le cratère du furoncle se nettoie à fond, le gonflement se réduit, la sécrétion devient minime et la plaie cicatrise rapidement. Il se peut que l'oxygénation du voisinage des parties enflammées s'impose.

Grâce à ce traitement, on peut éviter d'enlever l'ongle chez des mala-

des souffrant de paronychies. Les furoncles du nez, ceux de la lèvre supérieure guérissent très vite sans complications et sans que des incisions ou excisions deviennent nécessaires.

Les injections au centre du furoncle sont moins douloureuses que les incisions. Les douleurs et la fièvre disparaissent rapidement, le malade se sent mieux et retrouve le sommeil.

D'après Simonds et Dekeyser, l'oxygène ne tue pas les staphylocoques et n'empêche pas non plus leur croissance ni celle des bacilles *perfringens* ; mais il stimule les tissus enflammés à se défendre par une phagocytose et diapédèse fortes. MAX HENRI WELTI (Zurich).

Au sujet d'un pemphigus, par G. FRANCK, La Chaux-de-Fonds. *Schweiz. Medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 44, p. 1138.

Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, qui a fait 9 fausses couches spontanées, toutes au troisième mois. Depuis 1930, elle souffre de diabète. Il existe une prédisposition nerveuse familiale. L'atteinte de pemphigus débuta vers le 5 décembre 1932, à la suite d'un refroidissement (toux tenace, symptômes généraux graves). La toux cessa dès que des rougeurs, accompagnées de fortes démangeaisons, apparurent aux pieds (10 décembre). L'éruption s'étendit malgré un traitement local, rapidement sur tout le corps et fut accompagnée de céphalées violentes et d'un prurit effroyable que rien ne pouvait calmer. La malade souffrit d'une pollakiurie extrême. Le jour de son entrée à la clinique elle présente les symptômes caractéristiques de pemphigus : œdèmes, vésicules remplies d'un liquide clair et entourées d'un halo rouge, de gros placards érythémateux recouverts de vésicules à contenu séreux, à d'autres endroits de la desquamation, contours de placards circinés, prurit violent. Température 38°. En plus : fort météorisme abdominal, quelques râles aux deux bases pulmonaires. La maladie s'accentue, la température s'élève à 40°, des placards à caractère plutôt lichénoïde et à contours polycycliques ainsi que des érosions douloureuses se produisent sur la peau. A la suite d'un traitement à la septicémine, à la germanine et par auto-sérothérapie, ainsi que de l'emploi de toniques cardiaques et de toniques externes émollients, l'état cutané reste stationnaire pendant une dizaine de jours, puis s'améliore, tandis que l'état général et fébrile ne change pas, par contre l'affection attaque la muqueuse buccale. Éosinophilie du sang : 41 o/o ; éosinophilie nette dans les bulles, aucun élément pyogène et cultures stériles. La réaction de Bordet-Wassermann, des inoculations au cobaye de sang ou de contenu bulleux et la réaction aux iodures n'ont pu être pratiquées. La malade meurt fin janvier avec des signes d'insuffisance cardiaque aiguë.

L'autopsie révèle, à côté d'une forte dilatation du cœur, des érosions sur toute la muqueuse du larynx, sur l'œsophage, du côlon descendant et du vagin, un ulcère de la muqueuse gastrique, somme toute vraisemblablement une poussée concomitante de pemphigus interne.

L'auteur hésite à spécifier la variété de pemphigus en question : pemphigus aigu fébrile grave ou poussée aiguë de pemphigus chronique vrai, il y a même des éléments rappelant également la dermatite de Dühring. MAX HENRI WELTI (Zurich).

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Dans l'état actuel de nos connaissances, est-il encore permis de parler d'un appareil réticulo-endothélial de nutrition ? (Ist es auch nach dem heutigen Stand der Forschung erlaubt, von einem retikulo-endothelialen Stoffwechselapparat zu sprechen ?), par DORA BŒRNER-PATZELT. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 43, 27 octobre 1933, p. 1281

Il n'est pas possible de résumer cette intéressante et instructive revue générale, qui conclut, du reste, par la nécessité de « ne pas laisser tomber » la notion de tissu réticulo-endothélial à condition de préciser (et non d'étendre) ses caractères et ses propriétés. Bibliographie importante. L. CHATELLIER.

Boletin del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del Cancer (Buenos-Aires).

Carcinomes développés sur des cicatrices de brûlures. 25 cas observés à l'Institut de médecine expérimentale (Carcinoma desarrollado sobre cicatriz de quemadura. 25 casos observados en el Instituto de Medicina Experimental), par A. H. ROFFO et A. GANDOLFO. *Boletin del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del Cancer*, 10e année, n° 32, mars 1933, p. 241, 20 fig.

L'analyse de 25 cas d'épithéliomas développés sur des cicatrices de brûlures permet à A. H. R. et A. G. d'interpréter l'histogenèse de ces tumeurs suivant l'ancienne théorie de Ripert : Des cellules épithéliales isolées dans un tissu conjonctif hyperplasié perdent leur différenciation après une longue période de latence et se multiplient activement.

Cette prolifération est favorisée et déclenchée par des modifications biologiques diverses tenant à l'âge des sujets, aux altérations du tissu fibreux en rapport avec des troubles du métabolisme et surtout par des traumatismes secondaires de diverses natures.

Pour prévenir cette complication tardive et généralement rebelle à tous les traitements, il importe de traiter les brûlures le plus rapidement et le plus correctement possible en évitant les infections qui retardent la réparation de la plaie. La cicatrice obtenue devra être protégée contre les traumatismes de toute espèce. Le malade sera soumis à une bonne hygiène générale et à un régime approprié (hypocholestérinique).

En présence d'un épithélioma constitué, la radiumthérapie et l'électro-coagulation sont les procédés de choix. La première est particulièrement indiquée dans les lésions très limitées, la seconde, dans les tumeurs plus étendues. J. MARGAROT.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Statistique du Dispensaire n° 2 du Service antivénérien de Barcelone (Estadistica del Dispensario num. 2 del Servicio antivenereo de Barcelona), par Antonio PEYRI. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 95, août 1933, p. 563.

Les nombreux éléments de cette statistique ne peuvent être reproduits. Nous ne pouvons que signaler leur valeur documentaire aux vénéréologues orientés vers les problèmes de prophylaxie sociale.

J. MARGAROT.

Commentaires sur la réaction de Frei (Comentarios sobre la reacción de Frei), par José M. PEYRI et Romulo CAMPOS MARTIN. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 95, août 1933, p. 571.

L'intradermo-réaction de Frei, pratiquée chez 40 prostituées du Service de la lutte antivénérienne de Barcelone, a été fortement positive chez l'une d'elles, positive chez deux autres et faiblement positive dans quatre cas.

Quatre mois après, on note une petite lésion nécrotique sur le siège de la piqûre chez la première malade et une légère pigmentation circonscrite chez trois de celles qui avaient des réactions positives moins intenses.

Le nombre des femmes examinées n'étant plus que de 25, la proportion des cas positifs serait donc approximativement de 15 o/o à chacun des deux examens. J. MARGAROT.

Graphiques des maladies vénériennes traitées au dispensaire de la chaire de Dermatologie et de Syphiligraphie de Barcelone pendant les vingt-cinq premières années (à l'exception des années 1925 et 1926) (Graficas de las enfermedades venereas asistadas en el Dispensario de la Cátedra de Dermatologiá y Sifiliografia de Barcelona, durante los veinticinco primeros ãnos (1907-1931) Faltan los años 1925-1926 por extravio de los libros registros), par J. PEYRI et A. CORET PALAY. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 95, août 1933, p. 575.

Il est impossible de résumer en quelques lignes les enseignements de chiffres et de graphiques dont nous devons nous borner à souligner le haut intérêt. Dans leur ensemble, ils montrent la diminution du pourcentage des maladies vénériennes et la fréquence de la syphilis par rapport à ces dernières. J. MARGAROT.

Nouveau cas de pelade à type de décalvante rapidement amélioré et guéri par l'acétate de thallium à doses infinitésimales, associé à la radiothérapie (Nuevo caso de pelada a tipo decalvante rápidamento mejorada et curada por el acetato de talio a dosis infinitesimales associado à la radioterapia), par S. NOGUER-MORE. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 96, septembre 1933, p. 603, 2 fig.

Un malade atteint de pelade à tendance décalvante est traité par

l'acétate de thallium à des doses infinitésimales et par la radiothérapie à doses stimulantes.

Trois semaines après, la repousse est nette. Elle est à peu près complète à la fin du deuxième mois. J. MARGAROT.

Pemphigus congénital non syphilitique (Pénfigo congenito no sifilitico), par BRIAND, FOUCALT et MICHEL. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 96, septembre 1933, p. 607.

Il s'agit d'un cas d'épidermolyse bulleuse dystrophique avec localisation des éléments sur les surfaces exposées à des frottements et signe de Nikolski positif. La déformation d'un doigt, l'existence d'une cicatrice cutanée au moment de la naissance font supposer que l'apparition des premières bulles s'est faite une semaine au moins avant l'accouchement. J. MARGAROT.

Les altérations hématologiques dans l'hérédo-syphilis et l'influence exercée sur elles par le traitement spécifique (Las alteraciones hematologicas en el heredo-sifilitico y la influencia que ejerce sobre ellas el tratamiento especifico), par Emilio Gallego BERENGUER. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 96, septembre 1933, p. 613.

L'anémie manifeste est un syndrome très fréquent chez les hérédo-syphilitiques. On note en même temps une hyperleucocytose intense avec diminution du nombre des polynucléaires, plus spécialement des neutrophiles, éosinophilie, lymphocytose et mononucléose. Le traitement spécifique ramène rapidement la formule à la normale.

Les examens hématologiques pratiqués par l'auteur lui permettent de confirmer ces notions. Il note toutefois que le syndrome pseudoleucémique ne se présente jamais sous sa forme complète.

J. MARGAROT.

Le cri chez les hérédo-syphilitiques (El grito en los heredosifiliticos), par A. PALACIOS COMPS. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 96, septembre 1933, p. 619.

Le cri fait partie du complexe symptomatique polymorphe de la syphilis héréditaire. Il apparaît au cours des quatre premiers mois de la vie et a le plus souvent pour cause des lésions osseuses (périostite, ostéochondrite épiphysaire). La douleur des régions atteintes peut être mise en évidence par la pression. Les mouvements l'exagèrent.

Le cri est le plus souvent nocturne. Aucun autre traitement que la médication antisyphilitique ne peut le faire disparaître. Il doit être considéré comme l'expression clinique des premières étapes anatomiques de la maladie de Parrot. J. MARGAROT.

Les doses d'arsenic dans le traitement de la syphilis au début (La dosis de arsenicales en el tratamiento de la sifilis incipiente), par Antonio PEYRI. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 96, sept. 1933, p. 625.

A. P. estime que dans la période présérologique comme au début de la période secondaire, le traitement intensif est le meilleur.

Après la troisième injection, il passe aux doses de 0 gr. 015 à 0 gr. 02 par kilogramme. La dose totale est de 0 gr. 15 par kilogramme.

J. MARGAROT.

Sao Paulo Medico.

La sulfopyrétothérapie dans la paralysie générale (A sulfopiretoterapia na paralysia geral), par Mario YAN. *São Paulo Medico*, 6e année, vol. I, nos 1-2, mai-juin 1933, p. 1.

La préparation utilisée par M. Y. est un peu différente de celle qui a été employée par l'auteur de la méthode, Schrœder, de Copenhague. La solution de soufre précipité dans l'huile d'olive qu'il injecte à ses malades n'est pas à 1 o/o, mais à 0 gr. 8 o/o (sulfo-pyrétogène F. I. S. M.).

Il fait deux séries de 10 injections intramusculaires, en commençant par 2 à 3 centimètres cubes et en augmentant les doses suivant les effets obtenus.

Une nouvelle injection est pratiquée lorsque la réaction fébrile provoquée par la précédente a pris fin et qu'un intervalle de 24 heures d'apyrexie s'est écoulé.

La deuxième série est faite un mois après la première.

D'une façon générale, l'état mental s'améliore. Le délire des grandeurs, l'euphorie ou la dépression mentale, disparaissent ou s'atténuent. La lymphocytose et l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sont moins intenses. La courbe du benjoin colloïdal tend à se réduire. La réaction de Bordet-Wassermann évolue vers la négativité.

J. MARGAROT.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Néoplasies malignes sur lupus, par Giovanni TRUFFI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 5, octobre 1933, p. 443. Mémoire de 100 pages, avec 8 pages de bibliographie, 15 fig.

C'est un véritable travail de bénédictin auquel s'est livré là T. le jeune, car il a eu la persévérance de rechercher, dans toute la littérature mondiale, tous les cas qui ont été publiés de cancer développé sur lupus. Il a pu ainsi recueillir 501 cas sur lupus tuberculeux et 91 sur lupus érythémateux. Tous ces cas sont réunis dans des tableaux statistiques qui pourront être utilement consultés par ceux qui, dans la suite, auraient à leur tour occasion de publier sur le même sujet. T. ajoute, à cette statistique générale, sa casuistique personnelle de la Clinique de Padoue qui comprend 13 cas sur lupus tuberculeux et 2 cas sur lupus érythémateux, dont il rapporte les observations détaillées accompagnées de photographie de chacun de ces cas.

Prenant comme base cette statistique, T. fait une revue générale de la question, à laquelle on pourra se reporter, car il est impossible d'en donner une analyse, et on ne peut qu'en indiquer les têtes de chapitre. Il examine ainsi successivement : la fréquence, le sexe, l'âge du malade, l'âge du lupus, le siège du lupus, le siège de la tumeur, l'origine de la néoplasie, les formes cliniques et l'évolution, les formes anatomo-pathologiques (presque toujours spino-cellulaires, rarement baso-cellulaires, plus rarement encore sarcomateuses), les conditions étio-pathogénétiques, le pronostic, le traitement.

Il insiste sur un point particulier qui a été discuté : on a prétendu qu'il existe un certain antagonisme entre la tuberculose et le cancer. Pour ce qui concerne la tuberculose cutanée, T. est d'avis qu'un tel antagonisme n'existe pas. Un autre point également intéressant est l'influence étiologique certaine de la radiothérapie : une proportion importante de cancers sont survenus chez des lupiques qui avaient été soumis à des irradiations ; mais T. estime que cette proportion ira en diminuant par suite des perfectionnements de la technique radiothérapique. BELGODERE.

Contribution à l'étude des mélanomes cutanés à la lumière d'un moyen moderne de recherche : le microscope à fluorescence, par Benigno BARONI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 5, octobre 1933, p. 543, 10 fig. Bibliographie.

L'auteur passe en revue les différentes questions relatives à la genèse de la mélanine et à la nature des éléments qui la produisent.

Il étudie ensuite trois cas de mélanomes cutanés dont l'un a eu pour origine un nævus situé sur l'avant-bras et les deux autres ont eu pour point de départ la peau du pied. Sur ces trois cas, il a effectué de nombreuses recherches anatomo-histo-pathologiques, histo-chimiques et des observations avec le microscope à fluorescence. Cet appareil permettrait, en effet, la *distinction qualitative de l'objet non traité*, laissé dans son état naturel, sans coloration, de manière que cet objet ne subisse aucune variation chimique ou physique.

Il tire de ces recherches les conclusions suivantes :

1° Les tissus qui constituent les trois tumeurs mélaniques étudiées, bien qu'ayant une cyto-morphologie et une histo-architecture différentes (sarcomateuse pour les deux premiers, épithéliomateuse pour le troisième) sont semblables entre eux pour la dopa-réaction et pour la fluorescence : la dopa-réaction étant positive révèle l'activité mélanoblastique des éléments cellulaires ; la fluorescence étant semblable à celle des tissus épithéliaux pigmentés, fait ressortir que leur nature est semblable dans les trois tumeurs examinées.

2° La cellule épithéliale de la couche basale de l'épiderme étant considérée par la plupart des auteurs comme la couche mélanoblastique par excellence, à activité pigmentogène ; une dérivation directe du blastome de l'épiderme ayant été constatée dans le troisième des cas étu-

diés ; dans les trois cas étudiés une activité mélanoblastique pigmentogène de tous les éléments de la couche basale de l'épiderme ayant été constatée, on peut présumer, avec vraisemblance, que les trois cas de mélanome malin observés ont eu pour origine des éléments mélanoblastiques (épithéliaux) ou des éléments qui, bien qu'ayant une morphologie conjonctive, avaient dans chaque cas, au moins en puissance, une activité mélanoblastique qui s'est révélée et exagérée sous l'influence de l'excitation oncogène.

3° Chez les trois sujets porteurs de blastomes, il existe une augmentation ou une altération de la fonction pigmentogène des éléments de la couche basale de l'épiderme et une présence anormale d'éléments fusiformes et étoilés pigmentés dans le derme, qui sont appelés par les auteurs mélanophores. Ces derniers, ayant une dopa-réaction négative, seraient à interpréter, non pas comme la cause de la pigmentation exagérée des éléments de la couche basale de l'épiderme, mais comme la conséquence de l'activité mélanoblastique de ces derniers et, par suite, on doit les considérer comme des vecteurs de pigment : mélanophores ou chromatophores.

4° Il est vraisemblable, en raison des différentes particularités révélées par l'étude de ces tumeurs, que celles-ci doivent être interprétées comme des blastomes d'origine et de nature épithéliale et doivent être dénommées, selon les auteurs, comme des mélanomes cutanés en général ou plus spécialement comme des mélano-carcinomes.

5° Le microscope à fluorescence se prête particulièrement à l'étude de ces mélanomes cutanés ou mélano-carcinomes, mais les résultats de ce mode d'exploration doivent être interprétés judicieusement et avec réserve, et sans faire négliger les autres moyens d'investigation.

BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

La valeur de l'élastométrie cutanée en clinique, par CROSTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1097. Bibliographie.

L'auteur résume les constatations faites jusqu'à présent sur l'élastométrie cutanée, rappelant en particulier les difficultés que l'on rencontre pour l'utilisation pratique de cette méthode de recherche sur la peau. Il examine l'importance clinique de la tonicité de la peau entendue comme état d'eutrophie, ou mieux selon l'expression de Schade « d'*eucolloïdisme* ». C'est, en effet, le mérite de cet auteur d'avoir appelé l'attention sur l'importance de cette méthode pour la connaissance des conditions d'imbibition des colloïdes dans le tissu conjonctif, même en dehors du strict domaine dermatologique, comme reflet des conditions générales du mésenchyme et d'avoir rendu les recherches pratiques au moyen de son « élastomètre ».

C. rapporte les résultats des expériences effectuées au moyen de cet

instrument. Il examine les réponses élastiques de peau érythémateuse ou pomphoïde, ou œdémateuse, ou infiltrée, ou sclérodermique, ou encore atrophique. On a constaté qu'il est intéressant de tenir compte, non seulement des pertes d'élasticité évaluées en pourcentages, qui peuvent avoir une signification, même lorsqu'elles varient dans des limites modestes, mais aussi de relever les caractères de compressibilité et de retrait élastique de la peau. La recherche acquiert par conséquent sa valeur seulement par des mensurations répétées et des évaluations comparatives. En pratique, l'élastométrie a une sensibilité particulière pour l'étude des états œdémateux et préœdémateux ou, d'une manière générale, d'imbibition du tissu conjonctif dermique qui peuvent varier pour des causes diverses et avoir d'intéressantes répercussions constitutionnelles. BELGODERE.

Leishmaniose cutanéo-muqueuse des cavités nasales, par FALCHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1109, 3 fig.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas de leishmaniose de la narine droite et de la partie antérieure de la cloison, à type ulcératif, observé chez un berger de 40 ans, originaire de la Sardaigne du Nord. Le diagnostic, peu évident au point de vue clinique, fut affirmé par l'examen microscopique qui permit de mettre en évidence de nombreux *Leishmania* bien colorés, avec leur classique forme lancéolée.

Cette observation est intéressante surtout à cause de la double localisation, sur la peau et sur une muqueuse. Une opinion, en effet généralement admise, c'est qu'il y a deux sortes de leishmaniose, la forme américaine qui se localise sur les muqueuses et la forme européenne, qui ne s'attaquerait qu'à la peau, et ces deux variétés seraient dues à deux parasites différents. Mais diverses observations récentes, tendent à infirmer cette opinion et le cas rapporté semble bien montrer que même sous nos climats, la leishmaniose peut se localiser sur les muqueuses et il est également probable que le parasite est le même dans la forme américaine et la forme méditerranéenne.

BELGODERE.

Les aspects de l'irrigation sanguine cutanée à la lumière de la capillaroscopie à fort grossissement, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1116. Mémoire de 100 pages, dont 8 pages de bibliographie, 11 fig.

La grande étendue de ce travail ne permet pas d'en donner une véritable analyse, de même que la complexité des phénomènes de physiologie des petits vaisseaux cutanés qui en font l'objet.

Après un chapitre consacré à l'étude de la morphologie normale des vaisseaux cutanés (artères capillaires, veines, canaux de dérivation : anastomoses artério-veineuses), l'auteur aborde le problème discuté de l'*activité motrice des capillaires*. Il semble que le système des « petits vaisseaux » de Lewis (*vasi minuti*) ait une certaine indépendance fonctionnelle par rapport à la circulation générale, mais on ne peut actuel-

lement dire si cette activité propre est le fait : 1° d'éléments péri-capillaires ; 2° d'éléments endothéliaux de la paroi ; 3° de modifications physico-chimiques qui se produiraient dans le tissu conjonctif qui entoure les capillaires.

Puis sont étudiées les *conditions de la régulation de la circulation cutanée* et des facteurs qui la déterminent : régulation nerveuse, régulation chimique, régulation hormonique. On admet en général que le système nerveux agit surtout sur les artères cutanées à paroi forte, tandis que les plus petits vaisseaux obéiraient plutôt à des actions chimiques. Quant aux hormones, leur action s'exerce en partie directement sur les vaisseaux, en partie par l'intermédiaire du système nerveux. Étude de l'action de l'adrénaline, de la rétropituitrine. Expériences.

Quand on étudie la circulation cutanée au moyen du capillaroscope à fort grossissement de Vonwiller, dont s'est servi l'auteur pour ses recherches (cet instrument permet de distinguer nettement la paroi des capillaires), on constate un phénomène assez curieux : la présence de *lacunes de plasma* interposées entre deux tronçons d'une colonne globulaire interrompue (comme la colonne rompue du mercure d'un thermomètre). On constate aussi (sur le limbe unguéal de l'homme) des *courants plasmatiques* fugaces (plasma pur sans globules) et des *stases plasmatiques* plus durables. Ce sont ces aspects qui ont fait croire à la contractilité des capillaires, parce qu'avec des instruments moins perfectionnés, à grossissement plus faible, on ne distingue pas la paroi du capillaire, de sorte que l'interruption de la file globulaire peut faire croire à une contraction du vaisseau.

S. étudie ensuite l'*hyperémie* cutanée artérielle, et montre que son étude au capillaroscope n'a pas répondu, pour l'étude des maladies cutanées, aux espérances qu'on avait fondées sur elle ; elle n'éclaire aucunement le diagnostic, mais elle peut être de quelque secours pour le pronostic, en permettant de déceler dans la peau des lésions latentes qui échappent à la vue. Quant à l'hyperémie veineuse et à la stase, elles résultent d'un ensemble de causes complexes : modifications de l'équilibre plasmatique, troubles d'innervation, réactivité musculaire des vaisseaux.

De cette étude physiologique, l'auteur passe à l'étude des syndromes cliniques cutanés qui peuvent être attribués à une diathèse vasculaire : *angioneuroses* (telles que la maladie de Raynaud) et il conclut que, dans les angioneuroses, il y a une accumulation de résistances à la progression du sang localisée de préférence dans les sections les plus périphériques de l'arbre vasculaire ; mais un tonus vaso-constricteur exagéré des artères plus importantes, et des anomalies d'innervation concourent aussi à créer ces syndromes.

Enfin, un dernier chapitre est consacré à l'étude de l'*ischémie*, et de différents mécanismes physio-pathologiques qui produisent la pâleur de la peau. BELGODERE.

Sur la réactivité dermographique dans les affections cutanées, par Chiale. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1209. Bibliographie.

Dans un précédent travail que nous avons analysé, l'auteur avait étudié le dermographisme dans les conditions physiologiques, sur la peau saine. Il étudie maintenant, avec les mêmes méthodes, le dermographisme de la peau malade.

Les réactions dermographiques ont des caractères normaux, physiologiques, auxquels il convient de comparer les réactions dans les cas de maladies cutanées. Ces réactions sont déterminées par un mécanisme de nature histiogène, à siège local, mais les facteurs les plus variés humoraux, nerveux, circulatoires, peuvent exercer sur elles une influence dont il conviendra de tenir compte pour une interprétation séméiologique exacte de la réponse dermographique. Quant aux conditions locales de la circulation périphérique, elles devront être examinées au point de vue capillaroscopique, pharmaco-dynamique, tensionnel, thermométrique, etc.

Dans certaines dermatoses diffuses, la peau même cliniquement indemne se montre, à l'examen dermographique, *potentiellement* altérée dans le même sens que la peau malade. Si l'on étudie comparativement divers sujets, on constate que l'anomalie plus ou moins accentuée de la réaction dermographique est liée au degré plus ou moins accentué de la forme morbide.

Sur la peau érythémateuse, la vaso-constriction est facile et rapide, la vaso-dilatation et le pomphus se produisent plus difficilement ; c'est surtout l'infiltration et l'œdème qui s'opposent à la production de la réaction élevée. L'ensemble des phénomènes observés correspond bien aux conceptions de Lewis, de « compensation circulatoire fonctionnelle » ou « d'état réfractaire ». Outre ces influences circulatoires fonctionnelles, il faut faire intervenir aussi des altérations de substances angiotropes locales des modifications de réflexes axoniques, des aggravations de phénomènes de stase par excitations successives, des modifications anatomiques tissulaires ou vasculaires.

La « réaction triple » telle que Lewis la conçoit, peut, dans des conditions pathologiques cutanées, présenter de profondes altérations. Par exemple, elle peut être précédée de phénomènes de pâleur cutanée (pomphus sur strie blanche). Dans ce cas, des circonstances particulières portent à penser que, sur la zone ischémique persiste un courant plasmatique capillaire et qu'il existe une augmentation de perméabilité de l'endothélium vasculaire.

Belgodere.

Contribution à l'étude du Lichen nitidus (A propos d'un cas de coexistence de Lichen nitidus et de tuberculides papulo-nécrotiques), par Mario Artom. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1241, 17 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit le cas clinique d'une jeune fille, à antécédents héré-

ditaires lourdement chargés au point de vue de la tuberculose, et elle-même atteinte de tuberculose pulmonaire, qui présentait une éruption cutanée composée d'éléments de tuberculides papulo-nécrotiques et de *lichen nitidus*.

Il insiste sur les particularités cliniques de ce cas et sur ses caractères anatomo-pathologiques, en particulier sur quelques particularités histologiques inhabituelles relatives à l'évolution de la papule du *lichen nitidus* qui montrent que, dans l'infiltrat granulomateux dont elle est constituée, il se forme de petites zones de fluidification qui constitueraient le phénomène résolutif de cette lésion.

Il discute la position nosologique du *lichen nitidus* et en particulier l'opinion de beaucoup d'auteurs pour lesquels cette forme morbide est une forme atypique du lichen plan. Par des arguments tirés de la littérature, des constatations anatomiques et d'expériences personnelles de recherches histologiques pratiquées dans des conditions de technique particulière, A. conclut que le *lichen nitidus* doit être nettement distingué du lichen plan et qu'il présente toutes les conditions requises pour être classé dans le chapitre des tuberculides.

Belgodere.

Sur les rapports du lichen géant avec les lichénifications anormales (Contribution clinique et histologique), par Manganotti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1259, 16 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit deux cas dans lesquels, à côté de papules de *lichen ruber planus*, existaient des éléments hypertrophiques géants de cette dermatose. La recherche clinique et histologique a permis de démontrer des caractéristiques fondamentales et communes entre le *lichen ruber planus* et les cas étudiés et de les différencier ainsi des lichénifications auxquelles certains auteurs voudraient les rattacher. Des recherches comparatives instituées sur divers cas de lichen, et de lichénifications avec tendance à l'évolution hypertrophique, ont permis de mettre en évidence des modalités constantes dans les différents cas appartenant au même groupe de dermatoses, et il est par suite possible de suivre une série de formes de passage, du *lichen ruber planus* aux formes hypertrophiques et géantes d'une part, et, d'autre part, de la lichénification simple aux formes anormales de celle-ci.

Ces faits concordent avec les caractères cliniques variables de la dermatose étudiée et permettent par conséquent d'admettre l'existence de formes hypertrophiques géantes du *lichen ruber planus* qui doivent être ainsi soustraites du groupe, du reste bien précisé, des lichénifications anormales.

Belgodere.

Sur un cas de lymphosarcomatose cutanée généralisée secondaire à un foyer primitif des ganglions de l'aine droite (Contribution à l'étude des tumeurs mésenchymateuses malignes), par Agostino Ambrogio. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. V, octobre 1933, p. 1287. Bibliographie.

Étude clinique et anatomo-pathologique concernant un sujet de 75 ans, atteint d'une tuméfaction des ganglions de l'aine droite, qui fut suivie de l'apparition de nodosités multiples disséminées sur tout le corps, isolées et confluentes. Pas d'altérations notables du sang. Aggravation progressive de l'état général aboutissant à la mort.

L'auteur discute le diagnostic clinique et en établit les grandes difficultés et il montre que cependant le diagnostic le plus vraisemblable est celui de lymphosarcome ou de sarcome atypique à cellules polymorphes, et d'autre part, l'évolution de la maladie, la préexistence d'une tumeur extra-cutanée à tous les symptômes cutanés faisait plus précisément penser à une dissémination métastatique cutanée secondaire à une tumeur développée primitivement dans la région susindiquée, inguinale.

Toutefois, les caractères cliniques ne permettaient que des hypothèses que seul l'examen histologique pouvait contrôler. A. rapporte les protocoles des divers examens histologiques pratiqués et les discute. Il aboutit à la même conclusion que par la discussion des signes cliniques, c'est-à-dire au diagnostic de *lymphosarcome* ou *sarcome atypique à cellules polymorphes de Darier*. A. développe ensuite des considérations montrant les points de contact qui relient cette maladie aux lymphadénies et aux processus systématisés morphologiquement semblables aux lymphadénies. Il examine ensuite et interprète diverses questions que soulève l'aspect clinique de ce cas, et se rapportant au siège primitif de la tumeur, à sa diffusion, à sa généralisation, et à l'histo-pathogénie.

BELGODERE.

Atrophie cutanée à type vermiculaire, par A. GLINGANI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1319, 4 fig. Bibliographie.

Description d'un cas d'atrophodermie vermiculaire du visage, non précédée ou accompagnée ni de folliculites, ni de comédons, ni d'érythème. Ce cas serait le premier publié en Italie.

Prenant comme point de départ cette observation, ses caractères cliniques et histologiques, l'auteur a examiné les cas décrits dans la littérature sous les noms d'atrophodermie vermiculaire, d'acné vermoulante, de folliculite ulérythémateuse (que quelques auteurs ont considéré comme de même nature) et il les rassemble en quatre groupes distincts, selon que l'atrophodermie est précédée de folliculites, ou de comédons, ou d'érythèmes, ou au contraire non précédée ou accompagnée d'altérations de ce type cliniquement appréciables.

Il examine ensuite les diverses hypothèses relatives à l'obscure étiologie de ces formes.

BELGODERE.

Sur un cas de priapisme chez un sujet luétique, par Emanuele d'ABUNDO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1331. Bibliographie.

L'auteur rappelle les cas les plus remarquables de priapisme signalés

dans la littérature, dont le plus célèbre est celui de Tarnowsky (érection ininterrompue pendant deux ans). Il en étudie l'étiologie qui se ramène à deux causes principales : priapisme par afflux augmenté du sang artériel ; priapisme par écoulement entravé du sang veineux (Callomon) ; il énumère les différents processus pathologiques qui peuvent donner lieu au priapisme et il signale entre autres, parce que peu connu, la *leucémie* dont le priapisme est parfois la première manifestation.

A. rapporte ensuite un cas personnel : homme de 61 ans, en état d'érection persistante et douloureuse depuis un mois. Rien dans les antécédents. Syphilis niée. Mais la ponction lombaire montra une méningo-myélite évidente, de nature spécifique : 251 lymphocytes et toutes les réactions nettement positives. Le traitement spécifique (bivatol) amena en trois mois une amélioration des plus nettes : disparition de l'érection et chute des lymphocytes à 7.

A. étudie le mécanisme pathogénique du priapisme et les différentes théories proposées. Il ne croit pas au priapisme *idiopathique* soutenu par certains : quand on ne trouve pas de causes, c'est qu'en réalité ces causes nous échappent.

Enfin, il ne faut pas confondre le priapisme avec le satyriasis, comme le font certains auteurs qui emploient indifféremment les deux termes. Dans le satyriasis, il y a exaltation du sens génésique, avec désirs, sensations voluptueuses, éjaculations. Rien de semblable dans le priapisme qui n'est rien moins qu'agréable, souvent douloureux et les sujets ne sont pas enchantés du tout de cette érection et demandent instamment à en être délivrés. BELGODERE.

Sur les ferments en dermatologie. Les ferments du sang et du liquide de bulle dans quelques dermatoses, par Alberto MIDANA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1341.

Les présentes recherches font partie d'un groupe d'études qui ont pour but d'étudier les modalités des échanges locaux physiologiques et pathologiques de la peau. M. a pratiqué ces recherches sur le liquide de bulle, s'étant rendu compte qu'une détermination quantitative des ferments sur des extraits de peau ne pouvait donner de résultats certains. Les conclusions de ces recherches sont les suivantes :

1° Il n'existe pas de différences sensibles du pouvoir lipolytique entre le sérum de sang et le liquide de bulle chez les sujets atteints d'eczéma, de psoriasis et de lupus, par comparaison avec les sujets normaux.

Il convient de remarquer ce fait que, tandis que chez le sujet normal le pouvoir lipolytique est dû exclusivement à des lipases arséno- et quinino-labiles, dans toutes ces dermatoses on constate au contraire des lipases arséno- et quinino-résistantes.

La lipase arséno- et quinino-résistante du liquide de bulle est certainement pour une bonne part d'origine autochtone, tandis que celle qui est identique à la lipase du sang est due au passage dans la circu-

lation de la lipase cutanée : ce fait s'observe seulement dans les états pathologiques de la peau, comme on l'observe dans les lésions des autres appareils, ce qui est l'indice d'une altération anatomique et fonctionnelle de l'organe. En général, la fraction quinino-résistante du liquide de bulle est plus abondante que la fraction arséno-résistante.

1° Le liquide de bulle contient des ferments amylolytiques en quantité un peu plus grande qu'à l'état normal (valeurs comprises entre 60 et 100 o/o du taux hématique de ces mêmes ferments, en comparaison de 50 et 75 o/o chez les sujets normaux) ; en particulier dans l'eczéma, le pouvoir amylolytique tend à atteindre la même valeur dans les deux liquides examinés.

3° Dans le liquide de bulle de psoriasiques et d'eczémateux, on rencontre la présence de ferments tryptiques qui sont absolument absents dans le liquide de bulle de sujets normaux : plus particulièrement, le pouvoir protéolytique est nettement et constamment élevé dans le psoriasis et le lupus, plus bas mais toujours présent dans l'eczéma.

4° Le pouvoir catalasique du liquide de bulle ne présente pas, dans l'eczéma, le psoriasis et la dermatite herpétiforme de déviations de la normale dignes d'être mentionnées ; dans le lupus, au contraire, il apparaît nettement plus bas, soit par comparaison avec les autres dermatoses étudiées, soit par comparaison avec les valeurs moyennes normales. La catalase du sang, enfin, présente une augmentation constante, quoique légère, dans tous les cas examinés.

5° L'ensemble de ces données, qui indiquent l'existence de notables modifications qualitatives et quantitatives des diastases cutanées dans la peau des sujets atteints de dermatoses diverses, met en évidence la participation active des ferments dans les altérations pathologiques de la nutrition locale, en même temps qu'elle démontre l'autonomie du métabolisme cutané dans le tableau du métabolisme organique général.

Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Observations sur un cas de Pityriasis rubra pilaire, par Carlo Mazzanti. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 10, octobre 1933, p. 517, 9 fig. Bibliographie.

Observation d'une femme de 42 ans, atteinte d'un *pityriasis rubra pilaire* typique : élevures papuleuses cornées folliculaires, avec altérations érythrodermiques, desquamations diffuses, hyperkératose raghadiforme des paumes et des plantes, altérations des cheveux et des ongles, etc... L'examen histologique confirmait le diagnostic clinique : kératose et hyperkératose surtout folliculaires, acanthose, œdème du chorion, infiltration dermique très légère.

L'auteur discute le diagnostic, en insistant surtout sur un diagnostic très controversé, celui du *lichen ruber acuminatus* de Hebra, qui a été considéré par les uns comme une variété de lichen, par les autres

comme une forme du *pityriasis rubra* pilaire ; c'est à cette dernière opinion que M. se rallie.

Il étudie ensuite le problème pathogénique et rappelle les diverses théories qui ont été proposées : intoxication externe, interne, névrite toxique primitive, processus infectieux (Audry), théorie tuberculeuse (Milian), théorie neuro-endocrinienne (Danilevskaïa, Bercov, Ramazzotti).

L'auteur penche plutôt pour cette dernière opinion en raison de certaines particularités du cas étudié : 1° dès la naissance, sa malade avait une peau rugueuse, légèrement ichtyosique ; 2° elle avait un enfant dont la peau était également rugueuse, hyperkératosique, desquamant facilement ; 3° on constatait chez cette malade des signes de sympathicotonie, peu accentués, mais constants, révélés par un réflexe oculo-cardiaque nettement sympathicotonique, par le dermographisme toujours blanc, par des réactions vives à l'adrénaline, faibles à l'atropine et à la pilocarpine ; 4° enfin, l'application de rayons X sur le système nerveux sympathique cervical amena une certaine amélioration de l'état des lésions cutanées.

Enfin, les diverses recherches de laboratoire qui ont été effectuées n'ont pas donné de résultats favorables aux autres théories susindiquées.

BELGODERE.

Sur un cas de syndrome médiastinique de nature luétique, par F. POLLANO. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 10, octobre 1933, p. 535. Bibliographie.

Cas fort intéressant d'un sujet de 32 ans, qui avait eu, à l'âge de 15 ans, à la suite de son premier rapport sexuel, un chancre de la verge, méconnu, traité localement par un pharmacien, et n'ayant par suite jamais reçu aucun traitement spécifique.

Ce malade présentait des troubles multiples, à savoir :

a) stase sanguine, cyanose et empâtement de la peau, au niveau de la tête, du cou et des membres supérieurs, de la partie haute du thorax (œdème en pèlerine), épistaxis, céphalées, troubles visuels (surtout quand il penchait la tête), vertiges, œdème des paupières, injection des conjonctives, distensions notables des jugulaires et des veines de la base du cou, des veines thoraciques superficielles et des veines sous-cutanées abdominales dans lesquelles il était facile de mettre en évidence une circulation de haut en bas : *tous ces symptômes indiquant un obstacle à la circulation de la veine cave supérieure ;*

b) dyspnée, toux quinteuse, expiration prolongée, cornage, souffle bronchique à la région hilaire, bronchophonie : *signes de compression trachéo-bronchique ;*

c) toux sèche, accès asthmatiformes, dyspnée paroxystique, sans causes appréciables : *signes probables de compression du pneumogastrique ;*

d) mydriase, anisocorie, exophtalmie : *signes de compression du sympathique.*

Tous ces symptômes indiquant un processus pathologique ayant son siège dans le médiastin, et cette opinion était corroborée par les constatations somatiques et radiologiques.

Enfin, la réaction de Bordet-Wassermann fortement positive permettait de suspecter la nature spécifique du processus. Pour cette raison, le malade fut soumis au traitement spécifique, qui amena en effet une amélioration rapide des divers troubles susénoncés.

A propos de ce cas, l'auteur étudie la séméiologie du médiastin, telle que de nombreux travaux l'ont établie ; il passe ensuite en revue les divers processus pathologiques dont le médiastin peut être le siège : tumeurs malignes, bénignes, parasitaires, tératologiques, anévrysmes de l'aorte, maladie de Hodgkin, et enfin, les granulomes, d'origine tuberculeuse ou syphilitique.

Il discute, relativement au cas rapporté, ces divers diagnostics, et montre que le diagnostic de médiastinite était le seul qui pouvait être retenu, et celui de médiastinite syphilitique le plus vraisemblable.

Il rappelle la classification des médiastinites proposée par Sergent : 1° forme veineuse ; 2° forme respiratoire ; 3° forme diffuse (association des deux précédentes) ; 4° formes frustes ; 5° formes associées (avec la syphilis pleuro-pulmonaire et l'anévrysme de l'aorte).

Le cas étudié par P. est évidemment une forme diffuse, circulatoire et respiratoire.

Il fait remarquer que, dans la forme circulatoire, il n'y a pas seulement compression des veines, mais *thrombose*, comme l'ont bien montré Lacapère, Babonneix, Renault, parce que le processus granulomateux envahit la paroi même du vaisseau, amenant des altérations de l'endothélium et des thromboses consécutives. Ce fait paraît au premier abord peu conciliable avec l'amélioration circulatoire qui a été constatée dans le cas étudié, sous l'influence du traitement spécifique ; mais, comme le fait remarquer P., quand le thrombus est volumineux, il se produit, au cours du travail d'organisation, une recanalisation du vaisseau, qui permet le rétablissement, au moins partiel, de la circulation.

Un point intéressant de l'histoire de ce malade, c'est l'amélioration rapide, qui permet de penser que l'on se trouvait en présence de lésions gommeuses plutôt que scléreuses.

Autre caractère particulier digne d'intérêt : habituellement, les médiastinites s'observent plutôt dans la syphilis héréditaire ; dans ce cas elle était consécutive à une syphilis acquise.

Belgodere.

Note clinique sur un cas de psoriasis géant du cuir chevelu, par Gilberto Manganotti. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 10, octobre 1933, p. 550, 3 fig.

Cas de psoriasis banal, mais qui, au cuir chevelu, assumait un aspect morphologique tout à fait particulier. Les squames, retenues par les

cheveux et aussi par suite de l'incurie hygiénique, avaient fini par former des stratifications telles, que la lésion se présentait sous la forme de bosselures hémisphériques, plus ou moins étendues, et parfois confluentes, dont l'aspect différait profondément de celui qu'on est habitué d'observer dans le psoriasis. Les amas de squames étaient tels que l'on ne put en venir à bout par les topiques habituels et il fallut recourir à des procédés mécaniques ; après quoi la guérison fut obtenue normalement. BELGODERE.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Concrétions calcaires de la peau (Calcinosis cutis), par TATE et TRUMPER. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, octobre 1933, p. 413, 3 fig.

L'intérêt du cas cité est dans la localisation des concrétions calcaires au scrotum, chez un homme de 57 ans, sous forme de petites tumeurs, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, évoluant depuis l'âge de 17 ans, s'éliminant successivement et se reproduisant constamment sans occasionner aucune gêne.

Aperçu bibliographique et discussion des hypothèses pathogéniques.

S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Psoriasis des muqueuses (Psoriasis of the mucous membranes), par USHER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, nº 4, octobre 1933, p. 488, 4 fig.

Le terme de psoriasis a été fréquemment employé pour désigner des lésions indéterminées des muqueuses ; il semble bien que cette appellation ait été le plus souvent impropre et qu'elle résultait d'une confusion des termes ou de fausses interprétations.

Pour mettre la question du psoriasis des muqueuses au point, U. a examiné à ce point de vue 100 malades porteurs de psoriasis.

Sur ces 100 malades, 3 présentaient des lésions de la bouche. L'un d'eux ayant une leucoplasie typique, 2 cas seulement ont retenu l'attention.

L'un de ces malades présentait des lésions de la langue contemporaines de chaque poussée psoriasique, apparaissant et disparaissant en même temps que celui-ci. La langue devenait sensible et présentait sur ses deux faces de petites papules rondes, isolées, bien délimitées, recouvertes d'un épithélium blanc sale, peu adhérent. A la face inférieure, des deux côtés du raphé médian, s'étendaient d'avant en arrière deux plaques ovales rouges. Les cultures ne décelèrent la présence d'aucun champignon ; le Bordet-Wassermann était négatif. Une biopsie montra de la parakératose, un allongement des prolongements interpapil-

laires, des vaisseaux dilatés, une légère infiltration péri-vasculaire de cellules rondes. En quelques points de la coupe on rencontrait de nombreux polynucléaires. Dans l'épiderme, on trouvait aussi quelques polynucléaires, quelques vésicules et des micro-abcès contenant des cellules rondes et des polynucléaires. Sous l'influence d'un traitement arsenical, toutes ces lésions ont disparu en même temps que le psoriasis, mais une récidive se fit rapidement.

Le second cas concerne une enfant de 13 ans présentant un psoriasis généralisé et un lacis de stries blanchâtres sur la muqueuse jugale. L'examen histologique montrait de l'acanthose et de la papillomatose, quelques lymphocytes migrateurs, mais pas de micro-abcès, une dilatation modérée des vaisseaux et une légère infiltration de cellules rondes. Après des injections de sels d'or, le psoriasis fut complètement guéri et les lésions jugales améliorées. S. FERNET.

Etude clinique et histologique du vitiligo et du pinta (caratés) (Vitiligo, a clinical and histologic study with a consideration of pinta), par BECKER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 4, octobre 1933, p. 497, 5 fig.

B. a pu pratiquer des biopsies répétées à intervalle de 15 jours, dans deux cas de vitiligo traités, d'ailleurs sans succès, par les rayons ultra-violets. Il a pu ainsi suivre l'évolution des lésions histologiques et les comparer avec celles des taches dépigmentées du pinta.

Après huit jours d'irradiations, on constate dans les zones dépigmentées du vitiligo l'absence complète, ou à peu près complète, de cellules dendritiques. On trouve, par contre, dans la couche basale, des petites cellules dites « cellules claires » de Masson, qui sont considérées par cet auteur comme précurseurs des mélanoblastes. Cependant, même après de nombreuses irradiations, ces cellules n'ont pas augmenté de nombre ni de taille et l'on n'a pas vu de formes de transition entre elles et les mélanoblastes.

Dans les zones pigmentées, la jonction épidermo-dermique était irrégulière, il existait une légère infiltration dans le derme, les mélanoblastes étaient gros et plus dendritiques que normalement et la couche basale se pigmentait de plus en plus sur les coupes ultérieures.

L'évolution clinique du caratés est marquée par quatre stades successifs : pigmentation normale, érythème, pigmentation dermique intense (stade bleu), dépigmentation pseudo-vitiligineuse. La réaction inflammatoire est donc suivie d'une activité pigmentaire accrue, se traduisant par l'apparition de nombreuses cellules dendritiques et d'une plus forte charge de pigment dans les chromatophores du derme. Cette pigmentation dermique est si intense qu'elle donne par transparence une teinte bleue, analogue à celle du nævus bleu. A ce stade d'hyperpigmentation succède le stade de dépigmentation complète de l'épiderme et du derme avec disparition des mélanoblastes et des cellules dendritiques. Les cellules claires de Masson font complètement défaut et leur

absence explique la résistance complète de ces taches à la repigmentation alors que les taches de vitiligo sont susceptibles de se repigmenter tout au moins partiellement. S. FERNET.

Pseudoxanthome élastique et stries « angioïdes » de la rétine (Pseudoxanthoma elasticum and angioid streaks), par LEWIS et CLAYTON. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 4, octobre 1933, p. 546.

Divers auteurs avaient déjà signalé l'existence de lésions particulières du fond de l'œil chez les malades qui présentent un pseudo-xanthome élastique. L. et C. donnent un aperçu bibliographique des 16 cas dont ils ont trouvé la description dans la littérature et décrivent celui qu'ils viennent d'observer.

Dans toutes ces observations, les lésions du fond de l'œil consistent invariablement en : 1° une pigmentation circulaire autour de la papille et 2° en stries radiées ayant la papille pour centre et consistant en nombreuses lignes spiralées ou tire-bouchonnées dont la teinte varie du rouge pâle au noir et qui se trouvent dans les axes radiés de zones d'un blanc sale. Ces lignes paraissent être sous-rétiniennes et n'avoir aucun rapport avec les vaisseaux de la rétine ; elles existent aux deux yeux et s'accentuent progressivement.

Ces stries « angioïdes » rappellent la rétinite striée, affection du système vasculaire et les taches pigmentaires consécutives à certains traumatismes de la rétine et de la choroïde. Mais dans ces cas, les lésions siègent dans n'importe quelle partie de la rétine, un seul œil est habituellement touché, les lésions ne sont pas progressives et l'anneau péri-papillaire caractéristique est absent.

De nombreuses hypothèses étiologiques et pathogéniques ont été émises à propos de ces lésions. Parmi elles, L. et C. retiennent celle qui attribue ces stries radiées à des déchirures de la membrane vitrée de la choroïde ; cette membrane est constituée en majeure partie de fibres élastiques qui subiraient un processus de dégénérescence rendant les ruptures faciles. Lorsque les déchirures intéressent la choroïde sous-jacente, les stries prendraient une coloration foncée, presque noire.

Ainsi donc, les lésions cutanées et rétiniennes résulteraient d'un même processus dégénératif portant sur le tissu élastique. Si cette hypothèse était confirmée, il y aurait lieu de rechercher s'il n'existe pas d'autres lésions analogues dans les viscères et, dans tous les cas, de remplacer les noms impropres de pseudo-xanthome et de stries angioïdes par celui de « élastose atrophiante » (*elastosis atrophicans*).

S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Dermite du nickel due à une monture de lunettes et à un bracelet-montre (Nickel dermatitis from spectacles frames and wrist watch), par FOX. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CI, n° 14, 30 septembre 1933, p. 1066.

Éruption érythémato-vésiculeuse et croûteuse localisée, à la face, aux points de contact avec des lunettes en or blanc, alliage contenant du nickel. La nature de l'éruption fut confirmée par l'apparition d'une éruption analogue au poignet lorsque ce malade fit acquisition d'une montre en nickel. S. FERNET.

Le traitement aseptique des brûlures superficielles étendues par l'acide tannique (The aseptic tannic acid treatment of diffuse superficial burns), par WELLS. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CI, n° 15, 7 octobre 1933, p. 1136.

Le traitement des brûlures par le tanin, déjà préconisé antérieurement par divers auteurs, est le seul qui mette une brûlure à l'abri de l'infection lorsque le nettoyage chirurgical complet est impossible à cause de la douleur et que l'anesthésie générale serait dangereuse en raison de l'état de choc.

La méthode préconisée a pour but de faire un nettoyage mécanique facile, de réaliser un tannage aseptique et de maintenir ce tannage intact jusqu'à ce qu'il s'exfolie spontanément.

Le malade est placé dans une baignoire remplie d'une solution d'acide tannique (tanin) dont la concentration est réglée par l'aspect de l'eau qui doit être franchement trouble. L'eau est constamment renouvelée, maintenue à une température agréable et additionnée de temps en temps de tanin pour maintenir sa concentration. Le malade est immédiatement soulagé et calmé. On procède alors au nettoyage minutieux des plaies qui est facilité du fait que la solution ramollit et détache les tissus sphacélés. En se servant de pinces et de ciseaux, on arrive ainsi à ouvrir les phlyctènes et à supprimer tous les débris mortifiés. Les parties saines sont savonnées simultanément de la tête aux pieds. Ce travail peut et doit durer quelques heures, l'eau étant constamment renouvelée. Pour lutter contre la déshydratation qui accompagne toutes les brûlures étendues, on donne au malade de l'eau, du café, du jus d'oranges, etc.

Au sortir du bain, le malade est nettoyé de la tête aux pieds, il ne souffre pas, la température du corps est maintenue, l'état de choc est combattu, les plaies sont détergées et recouvertes d'un mince coagulum adhérent.

Le malade est alors placé sur un lit dans une pièce chaude ; on le sèche au moyen d'un séchoir électrique et, à partir de ce moment, il sera constamment maintenu à sec. Pendant les trois jours qui suivent, les plaies sont pulvérisées à nouveau avec une solution à 5 o/o de tanin, mais seulement par portions, séchées au fur et à mesure au moyen du séchoir, de façon à ce que le lit ne soit jamais humide.

L'escarre est habituellement formée et adhérente au bout de 72 heures, mais on continue encore à chauffer et à sécher le malade.

Cette méthode est applicable à la majorité des brûlures étendues, celles, en particulier, qui résultent des embrasements de vêtements et

des explosions de gaz. On n'a jamais observé d'intoxication. La cicatrisation se fait admirablement et W. n'a jamais été obligé de recourir aux greffes. Les cultures du produit de raclage du bord des eschares ont été négatives toutes les fois qu'on n'a pas négligé de maintenir constamment et partout intacte la fine pellicule d'acide tannique.

S. FERNET.

Proceedings of the Royal Society of Médecine.

Cancer « télangiectasique » ou « érysipélatoïde de Rasch » avec télangiectasies thoraciques bilatérales zostériformes marginées (Bilateral thoracic zosteroid spreading marginate telangiectasia, probably a variety of « Carcinoma erysipelatodes » (C. Rasch) associated with unilateral mammary carcinoma, and better termed « carcinoma telangiectaticum »), par Parkes WEBER. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, n° 10, octobre 1933, p. 418, 4 fig. et *Proceedings of the Royal Society of Medecine*, vol. XXVI, n° 8, octobre 1933, p. 71, 1 fig.

Chez une femme, présentant un cancer du sein, on notait la présence de multiples télangiectasies marginées sur la peau qui recouvrait la tumeur. On fit une amputation du sein comprenant toute l'étendue de la peau modifiée. Peu de temps après, des télangiectasies en plaques marginées apparaissaient sur tout l'hémithorax du côté opéré et sur le sein du côté opposé. Il n'y avait pas de purpura, mais quelques petites taches pigmentaires et une légère atrophie cutanée ; pas de ganglions appréciables.

On crut d'abord à une variété atypique de sclérodermie zoniforme, mais l'examen histologique montra que les capillaires dilatés de la peau contenaient des amas de cellules cancéreuses. Il s'agissait donc d'une forme de cancer qui a été décrite sous le nom de *carcinoma erysipelatodes* par Rasch et qui se distingue du cancer en cuirasse en ce que la propagation se fait par les vaisseaux superficiels sous-épidermiques et non par les lymphatiques. Dans ce cas, cependant, il n'y avait pas d'analogie clinique avec l'érysipèle, aussi P. W. propose-t-il pour cette forme le nom de *carcinoma telangiectaticum*.

S. FERNET.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

La dynamique des affections vénériennes à Stalingrad au cours de la période de la grande édification industrielle (1928-1931), par N. F. KOWTOUNENKO. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 225-231.

Tout d'abord, l'auteur montre l'accroissement rapide de la petite ville de Tzaritzine, qui s'appelle actuellement Stalingrad et qui est une des plus grandes et des plus importantes de Russie. Sa population, qui était de 150.000 habitants en 1928, a passé à 350.000 en 1931.

Au lieu de 5 consultations antivénériennes, avec 13 médecins, comme en 1928, la ville en a 7 avec 24 médecins spécialistes. Le nombre des malades était de 11.095 en 1928 ; il est de 33.961 en 1931, comprenant ainsi la totalité des affections dermato-vénéréologiques. Sur 1.000 habitants en 1928, il y avait 2,11 vénériens et 5,29 cutanés et urologiques ; en 1931, sur 1.000 habitants, on n'enregistre que 1,25 vénérien et 8,45 cutanés et urologiques, ce qui montre une diminution notable des malades vénériens par opposition à l'augmentation des malades non vénériens. En 1928, sur 1.000 habitants, il y avait 7,42 syphilitiques, 13,14 blennorragiques et 0,53 chancrelleux. En 1931, ces chiffres respectifs sont les suivants : 4,25, 7,95 et 0,29. Quant aux cas récents, on note en 1928, sur 1.000 habitants, 0,8 syphilitique et 9,09 blennorragiques aigus ; en 1931, on ne trouve que 0,47 syphilitique et 6,86 blennorragiques aigus. La syphilis récente et récidivante a diminué de 1,35 sur 1.000 habitants en 1928 à 0,94 en 1931. Si les formes tertiaires ont augmenté, cela s'explique par l'afflux des paysans qui sont venus se soigner en ville, porteurs de lésions anciennes et gommeuses. La blennorragie infantile, qui comptait 0,23 cas sur 1.000 habitants en 1925, a passé à 0,04 en 1931. L'infection sexuelle de la syphilis augmente de 59,9 o/o en 1925 à 63,2 o/o en 1931. Mais, en revanche, le mode extra-génital et héréditaire baisse, notamment : 11,7 et 7,4 en 1928 et 0,7 et 5,7 en 1931. Le rôle de la prostitution diminue considérablement grâce à la liquidation du chômage parmi les femmes. Jusqu'en 1930, les prostituées ont été à l'origine de 35,2 o/o des cas ; jusqu'en 1931, seulement 10,5 o/o. L'auteur conclut que les affections vénériennes sont en train de diminuer rapidement, grâce à l'essor industriel, culturel et matériel de la ville, grâce à la liquidation du chômage et de la prostitution et grâce à la lutte rationnelle contre le vénérisme. BERMANN.

La syphilis dans les districts de Lettchitzy et Logoïsk en Russie Blanche, par A. N. PROKOPTCHOUK, I. M. FINKÉVITCH et L. N. CHAPIRO. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 231-235.

L'article des auteurs présente un rapport sur les résultats d'une expédition antivénérienne organisée en 1931 par le Comité Central de la Croix-Rouge de la Russie Blanche. Les membres de l'expédition, Professeur et Assistants de la Clinique Dermato-Vénéréologique de l'Université de Minsk, ont étudié deux districts situés dans la partie la plus marécageuse et éloignée de la Russie Blanche qui était connue comme foyer syphilitique. Ayant à sa disposition une grande quantité de médicaments et un riche matériel de laboratoire, l'expédition a examiné, dans diverses localités, 4.596 personnes de tout âge, dont 2.198 hommes et 2.398 femmes.

Les auteurs ont dépisté 187 cas de syphilis, donc 4 o/o de la population examinée. La blennorragie n'a été trouvée que dans 16 cas, dont

3 aigus et 13 chroniques. Le chancre mou n'a été constaté chez aucun des sujets observés.

La syphilis, inégalement répartie dans les diverses campagnes et économies, était importée dans cette région par les soldats du tsar revenus de la guerre russo-japonaise en 1905-1906 et de la grande guerre en 1917-1918. L'occupation polonaise de 1919-1920 a également contribué dans une large mesure à l'extension de la syphilis. Les 187 cas de syphilis dépistés se composent de 76 hommes (40 o/o et 111 femmes (60 o/o). D'après les formes, la répartition est la suivante : chancre dur, 0,5 o/o ; syphilis secondaire récente, 10,4 o/o ; récidivante, 2,6 o/o ; latente, 37,1 o/o ; gommeuse floride, 35,8 o/o ; latente, 3,7 o/o ; neuro-syphilis, 1 o/o ; hérédo-syphilis, 8,9 o/o. Les syphilitiques se trouvaient à l'âge le plus productif, de 25 à 45 ans. Quant au mode d'infection syphilitique, il était extra-génital dans 34,6 o/o, génital dans 31,5 o/o, congénital dans 8,9 o/o et inconnu dans 25 o/o. Parmi la syphilis tertiaire, surtout abondante aux téguments cutanéo-muqueux, les auteurs ont observé deux cas de nodosités juxta-articulaires. En comparant les données statistiques de 1927 à 1931, les auteurs notent une diminution de la syphilis en Russie Blanche de 1,37 o/oo à 0,97 o/oo ; quant à la blennorragie, il en est de même : 1,17 o/oo et 0,99 o/oo. La diminution des maladies vénériennes est enregistrée tant en ville qu'à la campagne. La prétendue augmentation de la blennorragie à la campagne n'est pas confirmée. Les auteurs concluent à la nécessité de la lutte régulière et systématique contre les maladies vénériennes jusqu'à leur extermination totale en Russie Blanche.

Bermann.

Une méthode de traitement accéléré de la gale, par M. P. Démianovitch. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 5, mai 1933, pp. 254-260.

Après un aperçu critique des méthodes de traitement rapide de la gale, l'auteur revient à celui qu'il a inauguré en 1922 en Russie, quoiqu'il soit déjà ancien et proposé par l'Italien Comessati. Ce traitement consiste en frictions faites chez le malade, le soir avec une solution de 200 grammes d'hyposulfite dans 300 grammes d'eau chaude, et le matin avec une solution de 20 grammes d'acide chlorhydrique pur dans 400 grammes d'eau. La réaction entre ces deux solutions fait dégager du soufre et de l'anhydride sulfureux à l'état naissant et qui tuent l'acare. Ces applications devaient se faire pendant 6 jours, c'est-à-dire pendant 6 soirées et 6 matinées. L'auteur constate que, malgré les résultats satisfaisants, chez les adultes et les enfants, malgré l'absence de signes d'irritation cutanée, cette méthode n'est pas entrée en usage courant en Russie.

L'auteur a modifié ce traitement de la manière suivante : une friction à la policlinique avec la solution d'hyposulfite de soude pendant 15 minutes, puis un repos de 45 minutes, ensuite une friction avec la solution d'acide chlorhydrique durant 15 minutes. Après une pause de 45 minu-

tes, les mêmes procédés sont répétés encore une fois. Changeant de linge, le malade rentre chez lui ; il revient le surlendemain à la policlinique et refait les mêmes manipulations, qui suffisent amplement pour guérir sa gale sans complications quelconques.

Actuellement, l'auteur a encore simplifié davantage sa méthode qui ne demande qu'une heure et demie à une heure trois quarts en tout, notamment : une friction avc l'hyposulfite durant 15 minutes, une pause de 10 à 15 minutes, une friction à l'acide chlorhydrique durant 15 minutes, une pause de 10 à 15 minutes après laquelle on recommence de nouveau l'hyposulfite et l'acide chlorhydrique. L'observation des malades traités de cette façon a montré une disparition rapide du prurit, l'absence de dermatite et la possibilité de son emploi non seulement chez les adultes, mais même chez les enfants. Cette fois-ci, l'auteur espère voir la généralisation de sa méthode qui est simple, rapide, rationnelle, économique et réalisable dans toute policlinique.

BERMANN.

Contribution à la clinique et la prophylaxie des nodules des trayeuses, par A. M. TYJNENKO, S. N. BOGDANOVITCH, A. A. KROÏTCHIK et S. A. POPLAWSKY. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 266-273, avec 3 photographies.

Au cours de la période de 1930-1932, les auteurs ont eu l'occasion d'observer 22 cas de nodules des trayeuses. La fréquence de ces cas allait en diminuant d'année en année : ainsi, par exemple, 15 cas en 1930, 6 cas en 1931 et 1 seul cas en 1932. L'affection revêtait le caractère d'une épidémie et se traduisait cliniquement par des papules lenticulaires dures et surélevées, entourées d'une zone rougeâtre. Les éléments étaient isolés ou confluents. Avec le temps, le centre de la papule ressemble à une fausse pustule à cause de l'imprégnation abondante de l'épiderme par l'exsudat. De bleutée, la papule devient foncée. La durée de la papule est de 2-3 semaines ; elle laisse après sa guérison une tache pigmentée. Les nodules des trayeuses surviennent plus facilement aux endroits traumatisés, fissurés, coupés, etc. Habituellement, ils ne provoquent aucune sensation subjective, sauf en cas d'infection secondaire. La localisation la plus fréquente se trouve aux mains, à leur face dorsale ; de là, ils peuvent s'étendre aux avant-bras. Les auteurs en ont vu aussi à la face et à la jambe. La quantité de nodules est ordinairement un ou deux, mais elle peut aller jusqu'à quelques dizaines. Sur les 22 malades, il n'y avait qu'un homme. L'âge des malades était de 17 à 22 ans. Elles ont constaté l'affection après avoir trait des vaches dont les mamelles et les pis étaient couverts de papules et pustules nommées communément « variole des vaches ». L'homme s'est infecté en badigeonnant à la vaseline la langue des agneaux couverte d'éléments papuleux et pustuleux identiques à ceux que les vaches avaient sur leurs mamelles et pis. Dans la plupart des cas (59 o/o) l'affection est survenue chez les trayeuses ne travaillant

que peu de temps à traire les vaches : 1 à 3 semaines. Il est possible qu'à la longue les trayeuses soient immunisées contre cette maladie. Une partie des cas n'ont été aperçus que par hasard, car les malades ne se sont pas adressées au médecin, faute de signes subjectifs. C'est en été que les épidémies des nodules des trayeuses sont obervées le plus souvent. Le traitement a consisté en solutions de sublimé et en pommades au xéroforme ou iodoforme. La biopsie n'a montré aucun agent pathogène. Les coupes ont montré une infiltration péri-vasculaire et péri-glandulaire composée de mononucléaires, plasmocytes, polyblastes, éosinophiles, polynucléaires et une néoformation et dilatation des vaisseaux dans les couches papillaire et réticulaire. La vaccination et la revaccination des malades a été négative. L'inoculation cutanée aux malades et aux lapins a également été négative. Quant à l'étiologie des nodules des trayeuses, les auteurs estiment que cette affection est une manifestation de la vaccine dont le virus est affaibli ou modifié et qui survient à la suite de la variole altérée des vaches. Il est possible aussi que les nodules soient en rapport avec la paravaccine, mais cela n'est pas encore établi d'une manière sûre. Les auteurs conseillent de surveiller les vaches malades et de ne les faire traire que par des personnes qui ont déjà eu les nodules. Les trayeuses des vaches doivent être munies de gants de caoutchouc et observer une propreté minutieuse des mains. BERMANN.

Contribution à l'étiologie des nodules des trayeuses, par P. M. ZALKAN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 274-282, avec 2 photographies et une microphotographie.

L'auteur a étudié les nodules des trayeuses chez 19 malades. Ces nodules se localisent le plus souvent au dos de la main ou des doigts, au nombre de 2-3 qui paraissent l'un après l'autre ou en même temps. Le nodule est dur, élevé, indolore et porte une dépression centrale. La forme est ronde ou ovale, le volume va d'une lentille à un pois. La durée du nodule est de 6 à 12 semaines, après cela, le nodule se ratatine, se dessèche et laisse une pigmentation brunâtre. Parfois, une adénopathie régionale survient, indolore ou légèrement douloureuse. L'auteur a trouvé, dans de sang des malades, une lymphocytose de 34 à 49 o/o et une éosinophilie de 4 à 8 o/o. Un cas a récidivé au bout de 6 semaines.

L'auteur a procédé à toute une série d'expériences faites dans le but d'établir la nature de cette maladie intéressante.

L'inoculation à l'homme sain, à la porteuse de nodules, à la vache et à l'agneau sains n'a fourni que des résultats négatifs. L'inoculation au lapin a produit un nodule intracutané indolore qui n'a régressé que très lentement. Chez les malades, l'injection du contenu liquide des nodules a exercé un effet thérapeutique favorable sur l'affection qui guérissait en deux semaines environ.

L'étude histo-pathologique des nodules des trayeuses, des lésions

papulo-pustuleuses de la mamelle et des pis de la vache et du nodule expérimental du lapin a montré leur identité structurale. Les cellules épidermiques avaient chez tous les sujets examinés des inclusions dont la nature reste encore obscure, malgré une foule d'études faites sur elles.

Vu l'identité des inclusions trouvées dans la variole, la vaccine, la paravaccine et l'opinion que les nodules des trayeuses résultent de l'action du virus atténué variole-vaccine, l'auteur a étudié l'action de la vaccination sur les sujets inoculés avec des nodules des trayeuses. Les lapins ont présenté une réaction du type allergique et dans un cas est survenue une vaccine généralisée. Chez l'homme, on a aussi obtenu une réaction cutanée généralisée sous forme d'herpès zostériforme.

L'auteur conclut que les nodules des trayeuses sont d'origine infectieuse et sont provoqués par les vaches malades. L'affection appartient à la classe des paravaccines. Le virus des nodules s'apparente biologiquement au virus de la variole-vaccine, mais ne lui est pas identique, car les personnes vaccinées présentent des nodules des trayeuses typiques. BERMANN.

La lymphogranulomatose inguinale de Nicolas-Favre (4e maladie vénérienne), par M. A. WEIN, E. J. HERZENBERG et J. F. SILBERG. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, no 5, mai 1933, pp. 282-287, avec 3 microphotographies.

Après un bref aperçu général, les auteurs rapportent 3 cas personnels de lymphogranulomatose inguinale de Nicolas-Favre. Les voici :

I. — Un homme de 30 ans, Russe, ancien syphilitique mal traité, ayant eu une blennorragie à plusieurs reprises, menant une vie sexuelle désordonnée, présente une érosion à la verge et une tumeur glandulaire aux deux aines, dont la gauche communique avec une tumeur analogue localisée aux bourses. La tumeur inguinale droite a été incisée, le pus ne présente rien de particulier au point de vue bactériologique, mais la réaction de Frei est positive. Les tumeurs sont peu douloureuses et se composent de plusieurs tumeurs plus petites. La biopsie est caractéristique de la quatrième maladie vénérienne. Le malade guérit sans aucun traitement spécial.

II. — Un étudiant géorgien de 30 ans, ancien chancrelleux, remarque 4 mois après le dernier coït, une tuméfaction des deux aines, sans lésion au pénis. Les tumeurs sont peu douloureuses, ramollies. La réaction de Frei est positive. La biopsie montre une lymphogranulomatose inguinale typique. La marche de la maladie était torpide ; la guérison est survenue après 2 séances de rayons X.

III. — Un plombier de 30 ans, syphilitique récent qui vient de terminer sa cure pour un chancre dur, présente, au bout de 6 jours après un coït avec une prostituée, une ulcération rebelle du pénis, puis une tuméfaction aux deux aines. Une des tumeurs s'est ouverte spon-

tanément, l'autre est douloureuse. Réaction de Frei positive. L'incision des tumeurs ne les guérit pas. Le malade n'a guéri qu'après 3 séances de rayons X.

Les auteurs concluent que tout bubon à marche torpide, accompagné de fièvre et de mauvais état général doit ère suspect de lymphogranulomatose inguinale de Nicolas-Favre. La réaction de Frei est spécifique de la quatrième maladie vénérienne. La biopsie montre des images variées en rapport avec la durée de l'affection. L'histo-pathologie n'est caractéristique qu'à la période d'état de la maladie. La radiothérapie abrège la durée du traitement. La guérison spontanée est rare.

Bermann.

Le traitement des bubons inflammatoires par les rayons de Rœntgen, par J. F. Silberg et I. L. Bélakhoff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* no 5, mai 1933, pp. 294 302.

Dans le courant de l'année 1931, les auteurs ont traité par les rayons X 83 cas de bubons inflammatoires remontant de quelques jours à 25 jours. Dans 7 cas, les bubons étaient consécutifs au chancre mixte, dans 2 cas, à la lymphogranulomatose inguinale de Nicolas-Favre et dans 74 cas, au chancre mou dont 40 s'accompagnaient de constatations positives des streptobacilles de Ducrey. Dans 39 cas, les bubons étaient localisés à droite et dans 44 cas à gauche. Dans 16 cas, les bubons étaient ramollis, suppurés et prêts à s'ouvrir ; dans 67 cas, les bubons ne présentaient pas encore de signes de suppuration et de ramollissement.

La technique rœntgénologique consistait en une à trois séances avec ampoule de 4 MA, de 100 kw. avec filtre d'aluminium de 4 millimètres. Comme dosimètre, les auteurs se servaient des pastilles de Sabouraud-Noiré. A chaque séance, indépendamment de son état, le malade recevait un tiers de dose, le deuxième tiers était administré 8 jours après le premier et le troisième tiers 14 jours après le deuxième. Ce n'est que dans 8 cas que l'on a fait trois séances. Dans 50 cas, on n'en a fait que deux et dans 36 cas une seule.

Les résultats thérapeutiques ont été la guérison complète dans 63 cas (75 o/o) et une ouverture spontanée dans 10 cas (12,5 o/o). Sur les 63 bubons guéris par les rayons X, il y avait 11 cas suppurés et 52 au stade de début. La durée moyenne d'un bubon guéri par la radiothérapie a été de 16,5 jours. En comparant le sort de 108 bubons traités en 1928-1930 sans rayons X, les auteurs ne trouvent que 31 cas de résorption (28,5 o/o) qui a nécessité en moyenne 18,5 jours. Tandis que les 20 cas non influencés par les rayons X ont guéri en moyenne en 34 jours, les bubons incisés en 1928-1930 ont nécessité une durée de guérison moyenne de 39,9 jours.

Les auteurs concluent à l'effet thérapeutique favorable des rayons X dans les bubons inflammatoires, surtout à la période de début. Les meilleurs résultats s'obtiennent par les rayons de dureté moyenne et

de dosage précis. Les rayons X contribuent à la résorption rapide et indolore des bubons même ramollis et suppurés.

BERMANN.

Sur le traitement préventif de la syphilis, par I. E. CHKOLNIKOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 312-317.

L'auteur cite 13 observations de femmes dont les maris étaient porteurs de syphilis primaire (ou primo-secondaire). Ces femmes étaient examinées à une et plusieurs reprises afin de découvrir si elles s'étaient infectées, mais elles n'ont présenté aucun signe clinique ni bactériologique de la syphilis. Or, toutes, elles ont fini par avoir la syphilis (chancre dur seul ou combiné à la roséole). L'auteur conclut que tout sujet qui a eu un contact quelconque avec une personne atteinte de syphilis active doit être soumis au traitement préventif qui est un des moyens de prophylaxie sociale contre cette affection. Ce traitement préventif doit être non seulement arsenical, mais mixte, combiné au bismuth ou au mercure. Les dispensaires antivénériens doivent attentivement surveiller la famille du syphilitique et mettre au traitement préventif celui de ses membres qui a encouru le danger de contagion qui risque de se transformer en épidémie d'abord familiale, puis plus étendue.

BERMANN.

La confrontation et sa signification pratique, par A. W. OUSTINOWSKY. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 318-323.

L'auteur rapporte 9 observations intéressantes de confrontation des personnes ayant eu des rapports sexuels avec des syphilitiques au premier stade de leur affection. Dans presque tous les cas, il s'agissait de femmes dont les maris présentaient des chancres durs. Malgré des examens cliniques, bactériologiques et sérologiques multiples et détaillés, ces personnes n'ont présenté d'accidents primaires qu'au bout d'un temps qui a varié de 52 à 120 jours. Pendant cet intervalle, leur affection restait « muette » ou « asymptomatique » et ces malades étaient des « porteurs de spirochètes ». Les résultats négatifs des examens bactériologiques des malades « muets » montrent que le virus syphilitique revêt un aspect infravisible avant de passer au stade de tréponème pâle. L'auteur préconise le traitement prophylactique intense chez les personnes qui ne présentent pas de symptômes spécifiques cliniques, bactériologiques et sérologiques de la syphilis, mais qui ont couru le danger d'infection spirochétienne de par un coït ou autre contact avec un malade avéré.

BERMANN.

La réaction de Sachs-Witebsky. La modification de la citochol-réaction avec sérum actif, par Z. I. BOÏDWSKAÏA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1933, pp. 323-326.

L'auteur a modifié la citochol-réaction de Sachs-Witebsky, en la pratiquant avec du sérum actif. La réaction ainsi obtenue n'est plus rapide (citochol), mais lente (lentochol).

La réaction se faisait de la manière suivante : 0 cc. 05 d'antigène dilué de moitié de solution physiologique était additionné de 0 cc. 10 de sérum actif ; ce mélange était agité durant quelques secondes, puis laissé pendant 15 minutes à la température de la chambre ; ensuite, on ajoutait 0 cc. 50 de sérum physiologique, on agitait de nouveau et on laissait la réaction à la température de la chambre pendant 8-10 heures. Les résultats négatifs se présentent sous forme d'un liquide homogène opalescent ; en cas de positivité, on aperçoit des flocons. La même réaction peut être pratiquée avec des doses deux fois plus faibles avec lesquelles on n'a plus besoin de prélever le sang par ponction veineuse, car il suffit de l'aspirer à l'aide de la pipette de Pasteur à la pulpe du doigt, ce qui est d'une grande commodité.

L'auteur a pratiqué cette réaction modifiée dans 1.509 cas de syphilis, d'affections non spécifiques et chez des sujets sains. En comparant la réaction lentochol active, avec la citochol et le Bordet-Wassermann, on trouve que dans la syphilis active et latente, c'est la lentochol qui est la plus sensible, puis viennent les réactions citochol et Bordet-Wassermann. Dans les cas de neuro- et viscéro-syphilis, c'est la citochol qui se montre la plus sensible, et après elle viennent le Bordet-Wassermann et la lentochol active. La lentochol active se rapproche plus du Bordet-Wassermann que de la citochol-réaction. Dans les cas de maladies non syphilitiques et chez les personnes bien portantes, aucune de ces trois réactions pratiquées parallèlement n'a donné de résultat positif.

L'auteur conclut que la lentochol active, quoique lente, est simple, facile et précieuse dans les cas d'examens en masse, par exemple à la campagne ou aux armées. BERMANN.

NOUVELLES

Ve CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

Le Ve Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française se tiendra à **Lyon** du *19 au 21 juillet 1934*.

Président : Professeur Nicolas (Lyon). *Vice-présidents :* Professeur De Cedercreutz (Helsingfors) ; Professeur Favre (Lyon) ; Docteur Jersild (Copenhague) ; Docteur Lespinne (Bruxelles) ; Professeur J. Peyri (Barcelone) ; Professeur Rabello (Rio de Janeiro) ; Docteur Ravaut (Paris) ; Professeur Spilmann (Nancy). *Secrétaire général* : Docteur Carle (Lyon). *Secrétaire général-adjoint* : Docteur Jean Lacassagne (Lyon). *Trésorier* : Professeur Agrégé Gaté (Lyon).

Rapports :

1o **Etiologie et traitement du lupus érythémateux.** Rapporteurs : Professeur Du Bois (Genève) ; Professeur Gougerot et Docteur Burnier (Paris) ; Professeur Petges (Bordeaux).

2o **Diagnostic du bubon chancrelleux.** Rapporteurs : Professeur S. Covisa (Madrid) ; Docteur Jersild (Copenhague) ; Docteurs Lacassagne et Lebeuf (Lyon).

3o **Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.** Rapporteurs : Docteur Dekeyser (Bruxelles) ; Professeur Margarot (Montpellier) ; Docteur Milian (Paris).

Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports.

Au cours de ce Congrès aura lieu une cérémonie où sera remise au Professeur Nicolas la médaille offerte par ses amis, ses collègues et ses élèves.

La cotisation est de 150 francs. Toutefois pour les membres de l'Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française la cotisation est réduite à 100 francs.

La cotisation des membres associés (femmes, enfants, étudiants) est fixée à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues par M. le Professeur Agrégé Gaté, 24, rue Sainte-Hélène à **Lyon**.

Le montant des cotisations doit être envoyé à l'adresse suivante **Lyon** C/c 83 88 — *5e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française* — 24, rue Sainte-Hélène, **Lyon** (2e).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

ACNÉ COMÉDONIENNE, INDURÉE, PHLEGMONEUSE, A PONTS FIBREUX, A CHÉLOIDES VRAIES SUR ACNÉ

ACNÉ A ABCÈS PROFONDS ET A FORMATIONS FIBREUSES HYPERPLASIQUES — ACNÉ ULCÉRO-VÉGÉTANTE A MARCHE SERPIGINEUSE CICATRICIELLE (ACNÉ CONGLOBATA)

Par M. L.-M. PAUTRIER.

Les lésions si extraordinaires que présente depuis six ans le malade dont nous allons rapporter ici l'histoire sont si multiples, si variées, si déconcertantes que nous avons tenu à donner à cette observation un titre énumératif et descriptif, quelque démesuré qu'il puisse paraître. Nous avons également tenu à indiquer, de par notre titre lui-même, qu'il s'agit d'un cas rentrant dans le cadre de cette affection rare que l'on a décrite sous le nom d'*acné conglobata* bien que ce terme nous paraisse impropre et insuffisant. Elles se sont déroulées en quatre stades assez nettement tranchés, chacun des stades successifs représentant une époque de l'évolution de la dermatose, rendant chaque fois plus complexe un diagnostic, qui, nous l'avouons, nous a longtemps tenu en échec. Etant donné la rareté et l'importance du cas, nous croyons devoir donner *in extenso* tous les documents cliniques, histologiques, bactériologiques et expérimentaux du malade dont nous poursuivons l'observation depuis près de cinq ans. Nous discuterons ensuite l'interprétation qu'il convient de donner à ces faits si déconcertants. Il ne semble pas que jusqu'ici l'étude de cette forme extraordinaire de lésions acnéiques ait fait l'objet d'un travail d'ensemble en France.

OBSERVATION CLINIQUE

Premier stade (1925).

M. Schul... Albert, cultivateur, âgé de 20 ans, vient nous consulter le 15.11.1927.

Le début des lésions remonterait à environ 2 ans. Le malade jusque-là avait une peau séborrhéique, et le début paraît s'être fait sous forme d'acné papulo-pustuleuse qui a à peu près disparu aujourd'hui, sauf en



Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 1. — Deuxième stade des lésions. Après l'évolution d'une acné papulo-pustuleuse, grosses lésions d'acné phlegmoneuse (1927).

Fig. 2. — Acné phlegmoneuse de la tempe gauche et du cou (1927).

certaines régions où il se reproduit encore de temps en temps des papulo-pustules.

Vers la même époque a commencé à apparaître au niveau de la nuque de l'acné furonculeuse, ou mieux de l'acné phlegmoneuse analogue à celle que nous y retrouvons aujourd'hui.

Deuxième stade (1927).

Il y a 8 mois environ, des lésions papulo-pustuleuses ont commencé

à se fixer en certains points de la face et n'ont pas tardé à changer de caractères pour former les lésions que nous constatons aujourd'hui.

Enfin, au niveau du dos, des lésions d'acné papulo-pustuleuse ont débuté également il y a 2 ans, se transformant peu à peu en lésions chéloïdiennes que nous allons retrouver.

Malade fort et vigoureux avec légère tendance à l'obésité pour son âge, à peau moyennement séborrhéique.

Face. Front. — Sur la partie centrale du front, on trouve quelques papulo-pustules d'acné en activité, très discrètes d'ailleurs. Les lésions intéressantes sont groupées au niveau des régions temporales et en bordure du cuir chevelu.

Dans la région temporale gauche, en bordure des cheveux, on trouve une première lésion de 3 centimètres dans son grand axe, parallèle à la limite des cheveux, sur 1 centimètre et demi dans son axe transversal. Elle est nettement cicatricielle, déprimée de 2 à 3 millimètres par rapport aux tissus sains avec des bords sinueux et irréguliers, mais nettement arrêtés. Le fond de la cicatrice est de couleur rouge violacé, parcouru par des arborisations vasculaires et par des petites brides fibreuses d'aspect chéloïdien. Vers le pôle supérieur de la lésion, on perçoit un aspect que nous retrouvons sur de nombreux points : une petite languette de tissu fibreux, surélevée, très légèrement décollée au-dessus du tissu cicatriciel, formant ainsi à la face inférieure une petite fente remplie par de la matière sébacée, blanc jaunâtre.

Immédiatement au-dessus, un élément d'acné phlegmoneuse atteignant presque les dimensions d'une pièce de 1 franc, élément bombé et saillant tout en conservant une surface régulière, de couleur violacée, fluctuant au toucher, rempli de pus, mais absolument aphlegmasique et indolent.

Dans la région temporale droite, les lésions sont plus étendues et plus nombreuses. Toute la lisière du cuir chevelu, depuis le sommet de la région frontale jusqu'au niveau de l'oreille, en contournant la limite des cheveux, est occupée par des lésions diverses. Petites cicatrices déprimées, irrégulières avec des petits ponts fibreux dans la région frontale ; à deux travers de doigt au-dessus du sourcil, une petite bosselure d'aspect inflammatoire, mais aphlegmasique, de forme irrégulièrement allongée (1 centimètre de large sur 3 à 4 centimètres de long), bombée et saillante, paraît ferme au toucher, mais par une pression énergique on fait sourdre un liquide séro-purulent par un petit orifice minuscule situé en bordure de l'élément. Il s'agit d'une petite collection torpide.

En dessous, entre l'angle du sourcil et la limite des cheveux, lésion allongée transversalement, assez étendue, très irrégulière de contour, dessinant des sortes de caps et de presqu'îles, cicatricielle et découpée à l'emporte-pièce. Le fond présente des zones de tissu cicatriciel lisse, rosé, de petites ponctuations de tissu pseudo-chéloïdien de la grosseur d'une tête d'épingle et des bandelettes fibreuses aux contours sinueux.



Fig. 3. — A l'acné phlegmoneuse ont succédé des formations cicatricielles très irrégulières avec productions fibreuses, saillantes, pseudo-chéloïdiennes (fin 1927).



Fig. 4 — Détail de la figure précédente, montrant le « taraudage » de la lésion cicatricielle du rebord du maxillaire; elle est formée de languettes fibreuses, de ponts fibreux, entrecoupée de dépressions cicatricielles et souvent sous-minée par en dessous par un véritable tunnel par lequel on peut faire passer un stylet. Sous ces « ponts », dans les cavités, et en bordure des lésions, amas de matière caséeuse et gros comédons (fin 1927).

En bordure de l'une de celles-ci, on voit 4 petites masses cornées grisâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, qui font saillie à l'extérieur, mais s'enfoncent également dans de minuscules dépressions sous la bandelette fibreuse. Nous retrouvons cet aspect en d'autres points. Il s'agit de petites formations comédoniennes. Par une pression énergique, elle fait en effet énucléer une petite masse gris noirâtre.

En dessous de cette lésion, en avant de l'oreille, une autre lésion cicatricielle est étendue transversalement, ayant 3 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de haut. Son centre nettement cicatriciel est déprimé et de couleur rouge vif. La bordure supérieure est formée simplement par la différence de niveau entre le tissu cicatriciel déprimé et le tissu sain. Le bord inférieur, au contraire, présente une série de petites formations fibreuses de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de plomb. Au niveau de l'extrémité antérieure de la lésion, vers l'angle de l'œil, on note l'existence d'une sorte de languette fibreuse qui, par rapport au fond de la cicatrice, est décollée sur une longueur de 6 à 8 millimètres ; en la soulevant, on trouve une sorte de petite logette remplie de matière sébacée.

Joue gauche. — Normale, sauf quelques papulo-pustules au niveau du nez et des sillons naso-géniens.

Joue droite. — Dans la partie moyenne du rebord du maxillaire inférieur, vaste lésion à la fois cicatricielle et fibreuse, exubérante, allongée en bande le long du maxillaire et mesurant 7 centimètres de long sur 1 à 3 centimètres de large.

Sa partie supérieure se présente comme une cicatrice à bords nettement arrêtés, déprimée, de 2 à 3 millimètres en dessous des tissus sains ; fond de couleur rosée, épiderme nettement cicatriciel, lisse, atrophique. Sur ce tissu atrophique, quelques petites formations fibreuses isolées, trois de la grosseur d'une tête d'épingle, une de la grosseur d'un grain de plomb, et une bandelette fibreuse de 1 centimètre de long, ayant grossièrement la forme d'un spermatozoïde avec une tête de la grosseur d'un gros pois vert et une queue filiforme.

Toute la partie inférieure de la lésion est, au contraire, occupée par un placard fibreux, saillant de 4 à 5 millimètres sur les tissus environnants, formé par une sorte de plateau central, d'où se détachent sur les bords des brides déchiquetées, irrégulières de contour, munies de petits prolongements latéraux et qui débordent jusque sur le tissu sain.

Entre ces brides on trouve de petites dépressions taillées à l'emporte-pièce, profondes de 3 à 4 millimètres, de contour irrégulier, géographique, dont le fond est de couleur rouge violacé, alors que les brides fibreuses sont de couleur blanc rosé beaucoup plus pâle. Le plateau fibreux central est du reste taraudé lui-même par une série de petites dépressions en logette.

Quelques-unes des brides de la périphérie sont parfois légèrement décollées sur un de leur bord et sous celui-ci on trouve encore un petit

amas de matière caséeuse blanchâtre. Par la pression énergique de ce gâteau fibreux alvéolaire, on fait sourdre par places une petite gouttelette de pus, à d'autres endroits un véritable petit cylindre sébacé. Enfin, en bordure du plateau, on retrouve quelques petits comédons gris noirâtres, logés dans des petites dépressions du tissu fibreux.

On a donc à la fois formation de tissu fibreux exubérant, très spécial, avec éléments d'infection et formations comédoniennes et sébacées hyperplasiques rappelant certaines lésions d'acné vermoulante. Un stylet peut être passé facilement sous une série de ces ponts fibreux qui sont tunnélisés et on énuclée un petit amas de matière sébacée ou un comédon.

Région de la nuque. — Les lésions sont ici remarquablement abondantes et confluentes. En largeur, elles s'étendent d'un sillon rétro-auriculaire à l'autre. En hauteur, elles vont de l'extrémité inférieure de la nuque jusque vers le milieu de la région occipitale en débordant largement sur le cuir chevelu. Toute la nuque est ainsi labourée et occupée par un mélange de cicatrices atrophiques déprimées, de formations fibreuses les plus variées de formes et de dimensions, et enfin d'éléments suppuratifs en activité.

Ces derniers occupent la partie supérieure des lésions dont ils représentent manifestement la zone d'extension, ayant toujours tendance à remonter plus haut dans le cuir chevelu.

C'est ainsi qu'on trouve aujourd'hui 4 collections nettement individualisées et séparées par des travées assez larges du cuir chevelu normal. Ces collections se présentent avec l'aspect suivant : elles ont les dimensions moyennes d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 1 franc ; les cheveux sont complètement tombés à leur niveau. Leur forme est irrégulièrement ovalaire ou arrondie. Elles font une saillie appréciable, recouvertes par un épiderme bombé, rose violacé, parfois d'un blanc jaunâtre ; elles sont très nettement circonscrites. Au toucher, elles sont pâteuses et manifestement fluctuentes. Ce sont, en somme, de véritables abcès, aphlegmasiques, indolores même au palper, remplis par un pus jaunâtre mêlé de sang, assez profondément enkysté et que l'on ne peut évacuer qu'après une ponction profonde au scarificateur, qui traverse un épiderme très épaissi. Cultivé, ce pus ne contient que du staphylocoque (culture faite et entretenue), blanc et doré.

En dessous de ces grosses collections phlegmoneuses, on trouve une nappe de tissu cicatriciel de couleur rouge-rose ou rouge violacé, parsemée de formations pseudo-chéloïdiennes, fibreuses. La forme arrondie de certains îlots cicatriciels indique nettement qu'ils sont consécutifs à des collections analogues à celles que nous venons de décrire. Certaines de ces cicatrices sont très profondes, très déprimées, d'autres presque planes.

Distribuées sans ordre sur ce tissu cicatriciel, on trouve les formations fibreuses les plus bizarres et les plus irrégulières : nodules de la

grosseur d'une tête d'épingle, d'un grain de plomb, d'un pois vert, bandelettes tantôt rectilignes, tantôt sinueuses, envoyant souvent des petites digitations latérales.



Fig. 5. — Acné phlegmoneuse ayant labouré la nuque, avec productions d'abcès profonds, contenant peu de pus, mais recouverts par un tissu fibreux (1927).

Enfin, par places, on retrouve de petits îlots de peau saine qui font une saillie notable, découpés qu'ils ont été par le processus cicatriciel

très irrégulier qui les a contournés et isolés. C'est ainsi que vers le côté gauche de la nuque on trouve une languette de forme sensiblement triangulaire, mesurant environ 1 centimètre de côté, recouverte par une peau saine, présentant encore quelques cheveux sur ses bords et qui fait une saillie de près de 5 millimètres sur le tissu cicatriciel qui l'entoure. Sur le côté inférieur de ce triangle, la lésion présente 4 petites dépressions profondes, ponctuées de noir, occupées par des comédons qu'on peut faire sourdre par une pression énergique. Un peu plus loin, 3 de ces orifices sont groupés côte à côte et forment une petite dépression en cul de poule.

Sur de nombreux points, les bandelettes fibreuses sont partiellement décollées sur un de leurs bords et on retrouve toujours dans la logette en forme de fente ainsi constituée un amas de matière caséeuse.

Dans ces derniers temps, une lésion nouvelle s'est constituée sous nos yeux dans la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire droit. Une bandelette de 5 à 6 millimètres de large, saillante de 4 à 5 millimètres, très bombée, de couleur rouge violacé, s'est moulée sur le fond du pli. Elle est à la fois pâteuse et fibreuse au toucher, contient un peu de pus, mais le processus fibreux paraît évoluer ici avec une grande rapidité en même temps que le processus suppuratif, puisque le tout ne date que d'une semaine environ.

L'ensemble forme une sorte de petit boudin mi-pâteux, mi-fibreux qui, par son extrémité inférieure, est venu se fixer sur le lobule de l'oreille et qui, par son pôle supérieur, envoie une petite bandelette fibreuse insérée vers la partie moyenne du sillon rétro-auriculaire.

Ajoutons encore qu'à la nuque, sous un certain nombre de formations fibreuses siégeant sur un tissu cicatriciel rouge violacé, manifestement encore inflammatoire, on peut, par une pression énergique et qui détermine une légère douleur, faire sourdre par-ci, par-là, quelques gouttelettes de pus.

On trouve donc ici encore, un mélange de lésions suppuratives et fibreuses et de lésions comédoniennes. Mais on peut se demander si ces dernières ont joué un rôle réel dans la formation des lésions atrophiques ou si elles n'ont pas pris une allure particulière du fait que certains îlots de peau ont été, avec leurs glandes sébacées, découpés et isolés par le processus cicatriciel fibreux.

Dos et épaules. — Les épaules, de chaque côté, sont couvertes de formations chéloïdiennes, particulièrement abondantes du côté gauche où l'on en compte près d'une cinquantaine, très rapprochées les unes des autres. On retrouve ici le type de chéloïdes vraies sur acné, chéloïdes de la grosseur d'un gros pois à un noyau de cerise ou d'une aveline, arrondies ou ovalaires, à bords nettement arrêtés, à surface bombée, lisse et régulière, s'élevant doucement en plateau, en partant de la peau saine, de couleur à peine rosée, tranchant peu sur la coloration de la peau normale. Dans leur intervalle, on retrouve un assez grand nombre

de cicatrices, dures au toucher, déprimées, rose violacé, consécutives à des collections phlegmoneuses et qui n'ont pas subi l'évolution chéloïdienne.



Fig. 6. — Formations de chéloïdes sur acné phlegmoneuse du dos. Histologiquement il s'agit de chéloïdes vraies (1927).

La partie médiane du dos, le long de la gouttière vertébrale et dans la région qui s'étend de l'extrémité inférieure des omoplates jusqu'à

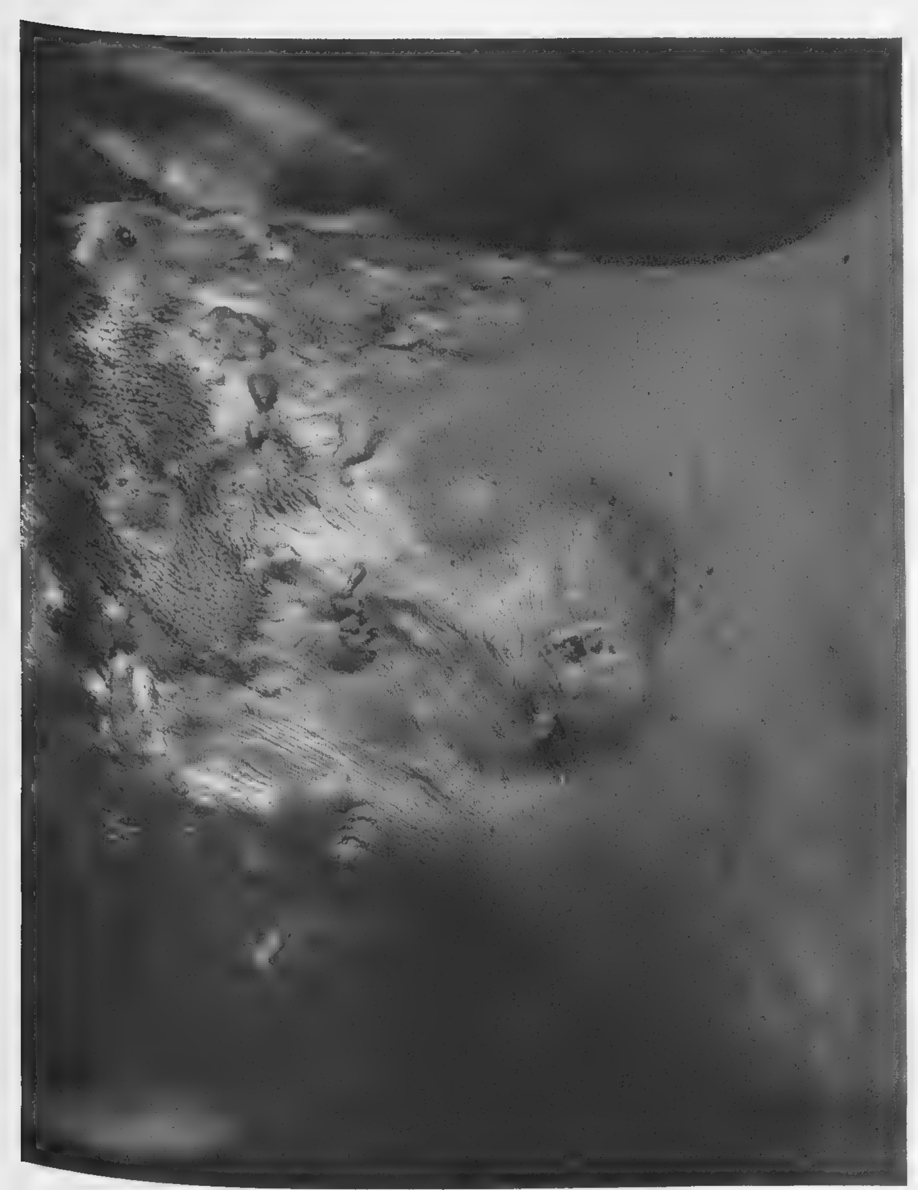


Fig. 7. — Etat de la nuque en 1929. L'infection est arrêtée, mais la nuque est labourée de cicatrices profondes, irrégulières, parsemées de nodosités et de bandes fibreuses sous lesquelles on retrouve des comédons et des amas de substance caséeuse. Quelques îlots de peau saine ont été conservés dans le haut, curieusement découpés par les lésions d'infection.

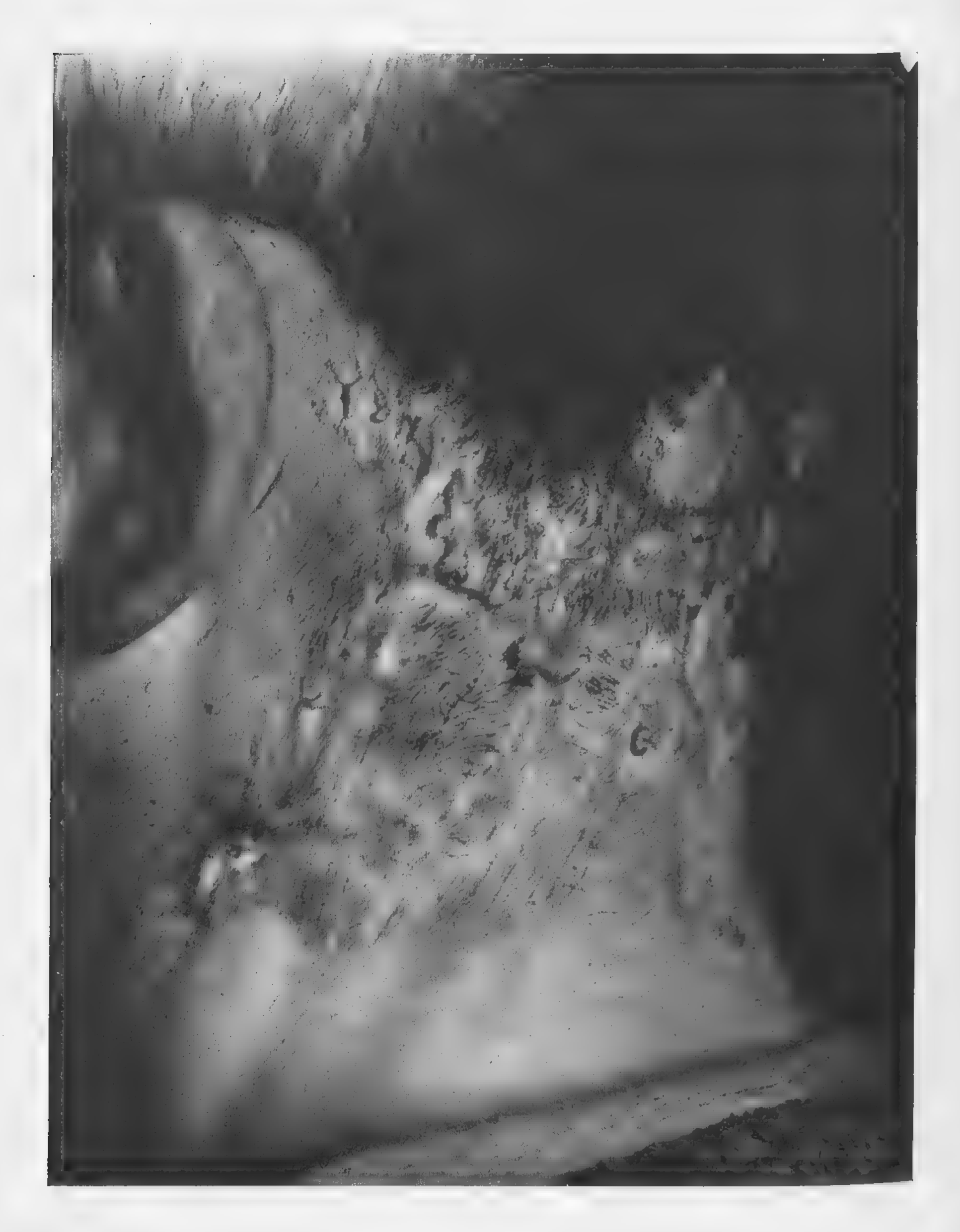


Fig. 8. — Etat de la nuque du côté gauche (1929).

la région lombaire, est occupée par des lésions plus récentes, encore en activité. Énormes papulo-pustules ou même éléments nettement phlegmoneux, pâteux ou fluctuants, de couleur rouge violacé, des cicatrices de couleur rouge violacé également, donc récentes, sensibles au toucher et dont certaines sont manifestement en voie d'évolution vers la chéloïde, et de très nombreux comédons d'un volume anormal.

Devant de la poitrine. — Les lésions sont ici beaucoup plus discrètes et occupent les régions claviculaires, sous-claviculaires et sternales. Quelques gros éléments papulo-pustuleux en activité, et une quinzaine de chéloïdes ayant les caractères des chéloïdes de la région dorsale.

Enfin, dans la région médio-sternale, on trouve encore un certain nombre de gros comédons, quelques-uns adjacents aux formations chéloïdiennes.

Les téguments du reste du corps sont normaux.

Troisième stade (avril 1929).

Le malade, qui s'est traité lui-même et qui a été traité avec des savonnages, des frictions à l'alcool camphrée et de la pâte soufrée, de l'alcool iodé, quelques séances de radiothérapie, revient nous voir après deux ans d'absence environ. Les lésions de la face, de la nuque et du dos montrent une amélioration appréciable. Le processus infectieux, suppuratif, a presque disparu au niveau de la face, de la nuque, de la poitrine. On n'y trouve plus d'éléments d'acné phlegmoneuse en activité. Le processus cicatriciel s'est accentué. Les productions fibreuses exubérantes se sont notablement affaissées. Par contre, le dos présente encore des lésions d'acné indurée en activité.

Mais depuis quelque temps des lésions nouvelles sont apparues, occupant la partie supérieure de la région fessière, le pli fessier, débordant par en dessus, sur le haut de la fesse gauche, la fesse droite, les cuisses et la jambe droite. Ces lésions se présentent sous différents aspects qui permettent toutefois d'en établir la chronologie : elles débutent par des sortes de collections profondes aphlegmasiques recouvertes par une peau violacée, infiltrée déjà, de consistance assez fibreuse ; quelques-unes de ces lésions ponctionnées donnent issue à une quantité de pus appréciable, plusieurs centimètres cubes de pus sanguinolent.

A un stade plus avancé, les lésions se sont fistulisées en plusieurs points et, par la pression, on fait sourdre par de petits pertuis distribués irrégulièrement autour de la lésion, un peu de pus séro-sanguinolent. Si on pénètre avec un stylet fin par un de ces orifices, on s'aperçoit qu'il y a des décollements profonds et on peut faire ressortir l'extrémité du stylet par un second pertuis situé en général au bord opposé de la collection purulente. En même temps, le tissu de recouvrement de ces lésions est devenu nettement fibreux, dur et de consistance pseudo-chéloïdienne. Ces formations fibreuses présentent elles-mêmes, sur leur pourtour, des sortes de décollements de formes et de dimensions variées, tantôt simplement punctiformes, tantôt décolle-

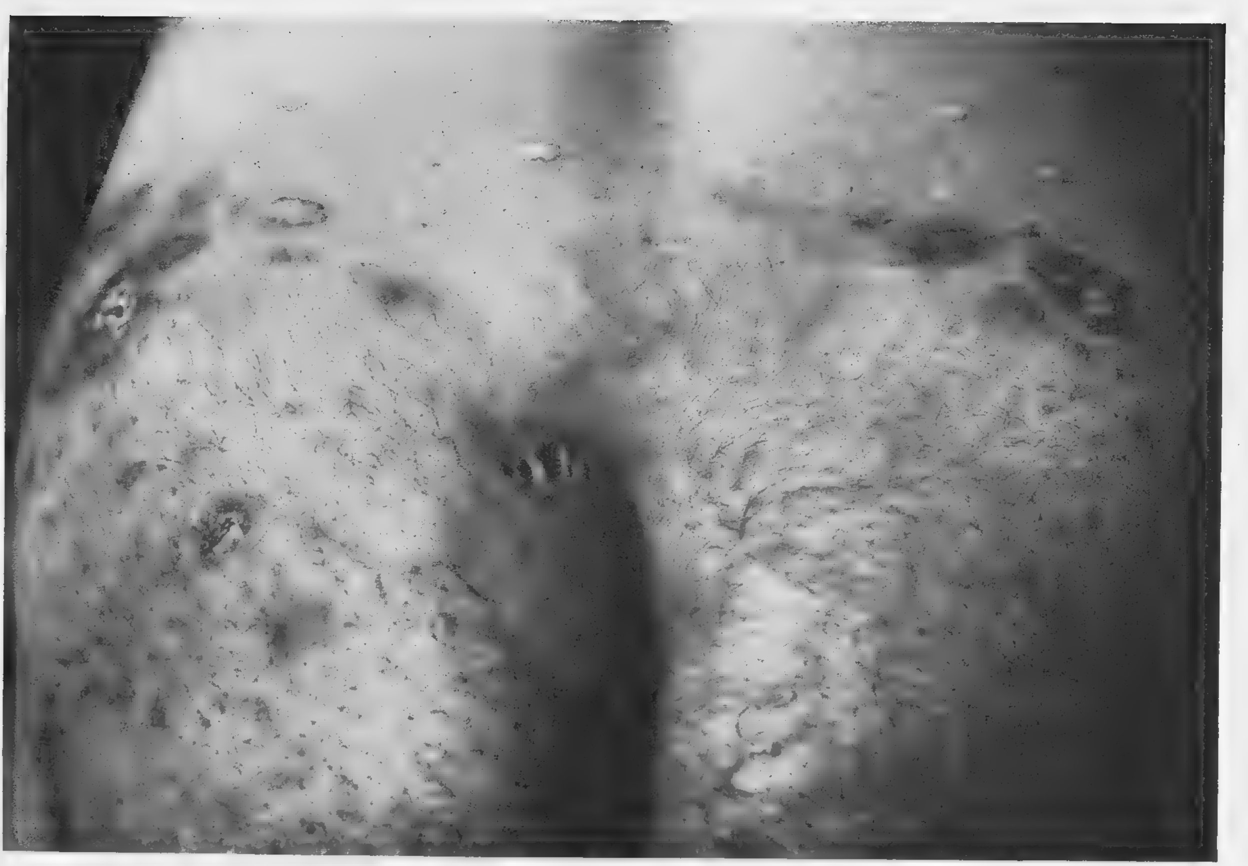


Fig. 9. — Troisième stade des lésions (1929). Sur le haut des fesses, lésions ulcéro-croûteuses profondes. Au haut du pli fessier, à gauche, volumineux abcès ne contenant presque pas de pus, et un pus à peu près stérile. Mais « le toit » de l'abcès est formé par une véritable carapace fibreuse très dense, très épaisse qui détache par ses bords des prolongements fibreux en pattes de crabe. Ces prolongements circonscrivent des logettes, abouchement de véritables « tunnels » qui minent tout le dessous du plateau fibreux. Un stylet introduit dans une de ces logettes ressort souvent par un orifice au pôle opposé.



Fig. 10. — Troisième stade des lésions (1920).
Lésions ulcéro-croûteuse de la cuisse droite.

ments s'étendant sur près de 1 centimètre de long, de formes irrégulières ; en les soulevant, on s'aperçoit qu'ils sont remplis parfois par une matière crémeuse sébacée, parfois par d'énormes comédons noirâtres. Un stylet introduit au niveau d'un de ces décollements passe souvent de bout en bout sous les brides chéloïdiennes et ressort par un autre orifice.

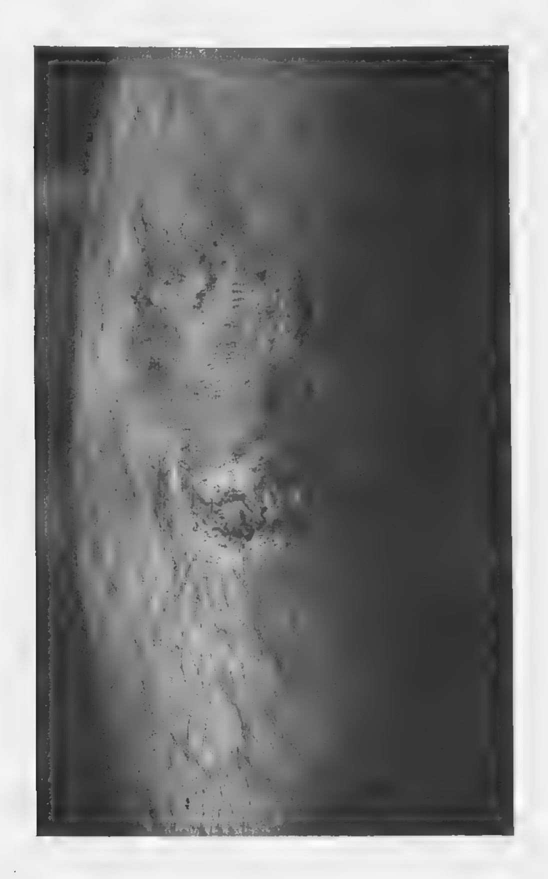


Fig. 11. — Troisième stade (1929).
Lésions ulcéro-croûteuses et cicatricielles de la jambe droite.

Au niveau du pli fessier, les lésions prennent un aspect encore plus particulier : du côté droit de la fesse, on trouve une collection qui, ponctionnée, donne issue à plusieurs centimètres cubes de pus et qui s'extériorise à son sommet sous forme d'un gros bourgeon charnu creusé en son centre d'une grosse fistule. Du côté gauche existe une volumineuse collection, partant presque du rebord de l'anus, s'étendant

latéralement en dehors sur environ 3 travers de doigt en remontant jusqu'au-dessus du pli fessier et empiétant sur la partie supérieure et interne de la fesse gauche. Tout le toit de cette collection est occupé par une énorme masse fibreuse exubérante de près de 1 centimètre d'épaisseur, se terminant à son pôle supérieur par des petites digitations rappelant les prolongements en pattes de crabes des chéloïdes et séparées les unes des autres par des petits trajets fistuleux.

Au niveau des cuisses on retrouve des lésions analogues avec abcès profonds, toit de consistance fibreuse, parsemées de petites productions fibreuses ou pseudo-chéloïdiennes.

La collection purulente de la fesse gauche ponctionnée ayant donné plusieurs centimètres cubes de pus sanguinolent, celui-ci ne montre aucun microbe à l'examen direct et, sur culture sur gélose-ascite, on constate après 3 jours une seule colonie de staphylocoques, qui est employée pour préparer un auto-vaccin.

L'abcès de la fesse droite, qui paraît se diriger vers l'anus, est ponctionné le 22 février. Il présente une flore bactérienne extrêmement riche, offrant en grande quantité des bactéries qu'on trouve ordinairement dans le tube digestif inférieur ; la culture montre toutes les bactéries de la putréfaction intestinale. Le malade est traité pendant quelques semaines par le vaccin préparé avec le staphylocoque isolé, par le lavage des cavités purulentes avec une solution iodo-iodurée qu'on injecte par les trajets fistuleux latéraux, désinfection de la peau à l'alcool iodé, applications de pâte soufrée.

Il nous quitte et nous restons de nouveau 2 ans sans le revoir.

Quatrième stade (1931).

Après une nouvelle disparition de deux ans, le malade nous revient à la date du 16 mai 1931 ; il est profondément modifié sur certains points, mais des lésions nouvelles, plus déconcertantes encore que celles observées jusqu'ici viennent compliquer le problème. D'une façon générale, toutes les lésions de la face et de la nuque ont rétrocédé ; on ne trouve plus d'acné phlegmoneuse en évolution, les formations fibreuses et chéloïdiennes se sont sensiblement affaissées, on retrouve cependant, par places, l'aspect vermoulant et taraudé de certaines lésions avec un petit pont fibreux sous-tendu par de gros comédons. La nuque est complètement asséchée, il n'y a plus aucune lésion en évolution, les grosses formations fibreuses se sont affaissées en grande partie, il ne reste plus qu'une peau labourée de cicatrices encore notables.

Le devant de la poitrine présente encore quelques grosses papulo-pustules en activité et, dans la région sternale, s'est installée transversalement, une vaste cicatrice de 15 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de hauteur parcourue par des travées fibreuses irrégulières, de couleur rosée, et par places de consistance nettement chéloïdienne.

Le dos présente encore de grosses lésions d'acné phlegmoneuse en

activité, parsemées de larges cicatrices profondes, déprimées, creusées, découpant par places des languettes de tissu fibreux, saillant, avec des petits ponts sous-tendus par de gros comédons.



Fig. 12. — Quatrième stade (1931). L'abcès du haut de la fesse gauche est fermé. Mais il persiste encore un certain nombre de « tunnels » sous le toit fibreux. Sur la fesse droite persiste un gros bourgeon charnu, présentant en son centre une fistule correspondant à l'ancien abcès de la fesse droite.

Les grosses lésions suppurées de la région fessière et des cuisses sont complètement cicatrisées ; on trouve de larges cicatrices de couleur



Fig. 13. — Quatrième stade (1931). Cicatrice fibreuse qui s'est formée au niveau d'une des anciennes ulcérations de la fesse droite et qui est minée par de véritables « tunnels ».

rose violacé, irrégulières, déprimées, parcourues souvent en tous sens par de grosses formations fibreuses saillantes, découpées sur le rebord

et contenant par en dessous soit de gros comédons, soit une matière sébacée caséeuse, quelquefois même complètement tunnélisées et laissant passer par en dessous une sonde cannelée.

L'abcès du pli fessier n'est pas absolument terminé, on retrouve encore le gros bourgeon charnu avec fistulette centrale ; l'abcès du côté gauche est à peu près desséché ; on retrouve la grosse masse chéloïdienne qui le recouvrait, mais qui cependant a notablement diminué d'épaisseur.

Mais depuis 8 mois environ sont apparues des lésions nouvelles d'un aspect entièrement différent. Sur l'avant-bras gauche, occupant la face postérieure, mais débordant sur les deux faces latérales, on retrouve une vaste lésion mesurant environ 10 centimètres de large sur 8 centimètres de hauteur, de contour vaguement circulaire, très nettement circonscrite ; toute la partie centrale est complètement cicatricielle, mais sans la moindre formation chéloïdienne, occupée par un tissu tantôt blanchâtre, tantôt rosé ; mais à la périphérie, sur 2 points, du côté interne, du côté externe, on trouve des lésions infiltrées, de couleur rouge violacé, végétantes, recouvertes de croûtes ; l'ensemble figure absolument une lésion de syphilis tertiaire ayant labouré le centre et persistant sur les bords.

A la face interne du bras droit, un peu en dessous de l'aisselle, on note l'existence d'une deuxième lésion de forme irrégulièrement ovalaire, mesurant 15 centimètres dans son axe transversal, sur 5 à 8 centimètres dans son axe vertical ; elle est également circonscrite d'une façon rectiligne, complètement cicatricielle dans sa partie centrale ; une partie de ses bords présente, par contre, sur une notable partie de sa bordure, des lésions encore en activité ; celles-ci sont d'un rouge violacé, empâtées au toucher, végétantes d'environ 7 à 8 millimètres, recouvertes de croûtes et donnant ici, par la pression, un peu de pus séro-sanguinolent. L'aspect est encore ici celui d'une syphilis tertiaire ou d'une blastomycose.

Troisième lésion analogue à la face interne de la cuisse droite dans sa partie moyenne, s'étendant jusque vers les faces postérieure et antérieure, mesurant 15 centimètres de largeur sur 5 à 6 centimètres de hauteur. Ici encore, cicatrisation de tout le centre et d'une partie des bords absolument complète avec tissu cicatriciel fibreux au toucher, induré, de couleur rose-rouge, mais sur trois points de la bordure, on retrouve des lésions en activité, toujours avec les mêmes caractères : placards verruqueux, saillants, croûtelleux ou suppurants. Enfin, à la face interne du bras gauche, on trouve des lésions plus jeunes qui, dit le malade, représentent le mode de début des trois grands placards que nous venons de décrire. A la partie moyenne de la face interne de ce bras, on retrouve une lésion de la grosseur d'une pièce de 1 franc, assez nettement circulaire, de couleur rose-rouge, bombée et saillante, à surface croûtelleuse, empâtée, mais mollasse au toucher ;

par la pression on fait sourdre de petites gouttes d'un pus crémeux. A trois travers de doigt de cette lésion, presque en dessous de l'aisselle, on trouve encore une lésion de début ayant à peu près la dimension d'une amande verte de forme irrégulièrement ovalaire, d'un rouge violacé, saillante, empâtée au toucher, présentant en surface quelques petites ulcérations recouvertes de croûtelles. Ici, ces lésions de début n'ont nullement l'aspect de syphilis tertiaire, mais orienteraient beaucoup plus nettement vers une blastomycose ; la sérosité purulente obtenue par la pression au niveau de la bordure verruqueuse végétante de la lésion du bras droit additionnée d'une goutte d'eau et examinée à l'ultra-microscope fourmille de tréponèmes.

Résumé de l'observation clinique.

Les lésions extraordinaires et si polymorphes d'aspect que nous venons de décrire ont donc évolué, on le voit, en quatre stades qui n'ont pas été évidemment rigoureusement tranchés, et qui ont été plus ou moins intriqués, mais au cours de chacun desquels de nouveaux éléments sont venus se surajouter, prédominer et donner à l'affection un type un peu différent. Nous verrons quand nous ferons la synthèse de l'affection qu'on peut parfaitement les relier et les expliquer l'un par l'autre.

Premier stade (auquel nous n'avons pas assisté). — Chez un sujet de 18 ans, très vigoureux, très fort, à peau séborréique et comédonienne se développe au visage et sur le dos une acné papulo-pustuleuse juvénile banale jusque-là.

Deuxième stade (1927). — En quelques mois, l'affection change rapidement d'allure et va déjà présenter des aspects bien particuliers. *Au visage* on voit apparaître des éléments d'acné phlegmoneuse allant jusqu'au diamètre d'une pièce de un franc, rouge violacé, torpides, aphlegmasiques ; des empâtements violacés allongés en bande, fistulisés sur un point et laissant sourdre à la pression un liquide séro-purulent. Puis progressivement ces éléments s'affaissent, se cicatrisent et vont donner naissance à des cicatrices très particulières : tantôt cicatrices déprimées, de contour irrégulier, à bords taillés à l'emporte-pièce, dont le fond présente des saillies fibreuses, des bandelettes pseudo-chéloïdiennes, des ponts fibreux et, sous toutes les languettes fibreuses décollées, on trouve une matière blanchâtre caséeuse et, en bordure des cicatrices, de gros

comédons demi-enclavés, demi-saillants. Sur certains points il ne se forme pas de cicatrice déprimée, mais des productions fibreuses exubérantes, saillantes, avec bandelettes fibreuses découpées par

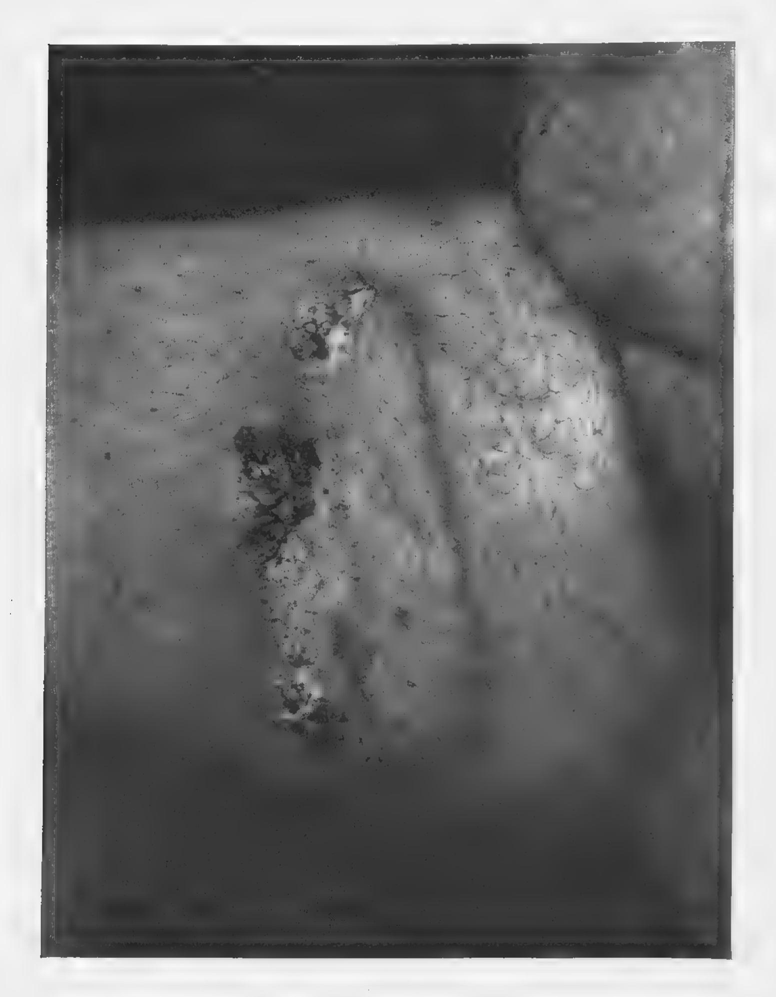


Fig. 14. — Quatrième stade (1931). Vaste placard de la cuisse droite cicatriciel à son centre et sur presque tout son pourtour, mais présentant encore sur une partie de ses bords des lésions ulcéreuses végétantes.

des logettes cicatricielles déprimées, le tout représentant un processus d'acné vermoulante, mais d'une acné vermoulante en relief

et qui serait grossie dix ou vingt fois. Ici encore on retrouve dans toutes les logettes de petits amas de matière caséeuse ou sébacée et de gros comédons ; un stylet passe facilement sous une série de ces ponts fibreux, tunnélisés et en énuclée un comédon ou de la matière sébacée.

La nuque, après avoir été le siège d'énormes éléments d'acné phlegmoneuse, est labourée par un processus cicatriciel d'une rare intensité.

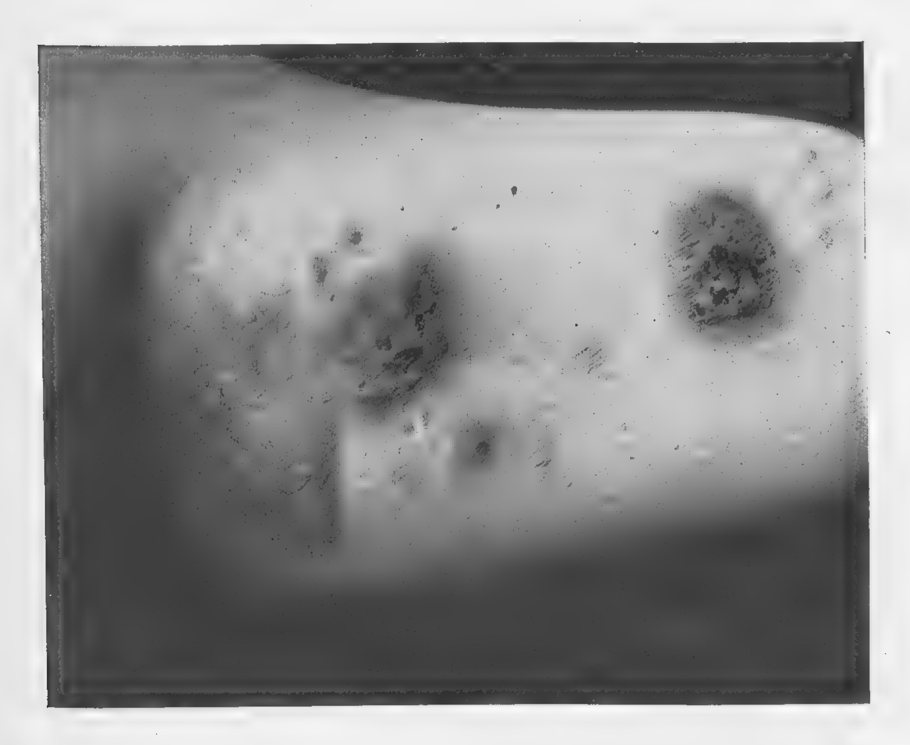


Fig. 15. — Quatrième stade (1931). Début des lésions végétantes et ulcéreuses à la face interne du bras gauche près de l'aisselle. Elles rappellent, à ce stade, des bromides végétantes ou des lésions de blastomycose.

sité. Les lésions remontent jusqu'à mi-hauteur de la région occipitale, et, à la partie supérieure représentant la zone d'extension, on retrouve encore de l'acné phlegmoneuse, avec véritables collections atteignant le diamètre d'une pièce de un franc ; le pus, en réalité peu abondant, siège en profondeur, sous un toit épaissi, induré, fibreux. Ce processus de fibrose accompagne donc partout

le processus acnéique et fait partie intégrante du tableau clinique.

Tout le reste de la nuque, véritablement massacré, ressemble à un champ de bataille, labouré de cicatrices déprimées, violacées ou blanchâtres, de formations fibreuses saillantes, arrondies en nodosités, découpées en languettes, allongées en bandelettes. Quelques rares îlots de peau saine persistent, curieusement découpés et

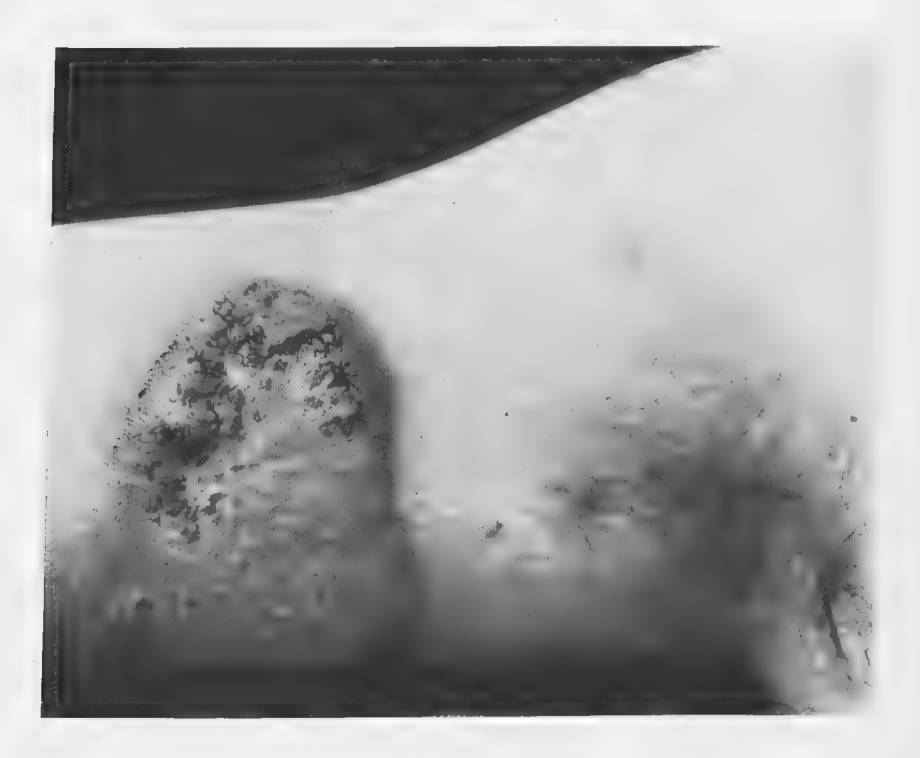


Fig. 16. — Quatrième stade (1931). Placard serpigineux du bras droit, cicatriciel au centre, végétant et ulcéreux sur ses bords.

déchiquetés par les hasards du processus cicatriciel. Dans toutes les dépressions cicatricielles, en bordure des bandelettes fibreuses, on trouve encore (lésion constante également chez notre malade) des amas de matière caséeuse et les gros cylindres sébacés ou les comédons déjà décrits à la face.

Dans le *sillon rétro-auriculaire droit* se forme sous nos yeux

une lésion à la fois suppurative et fibreuse, à la vérité pauvre en pus et riche en hyperplasie fibreuse, arrivant en quelques jours à former une sorte de boudin épousant le fond du pli, laissant sourdre très peu de pus par la pression à l'un de ses orifices, mais formant une saillie d'un demi-centimètre, dure au toucher. Nous trouvons ici encore et plus nettement que dans les autres lésions, l'association de ce processus de suppuration larvée, pauvre, aphlegmasique, mais déterminant à son voisinage un processus hyperplasique, fibreux, intense. C'est déjà l'ébauche de lésions du même ordre, mais beaucoup plus accentuées que nous trouverons au troisième stade.

Le dos est couvert de lésions en activité d'acné indurée, d'acné phlegmoneuse à petits éléments, de cicatrices et aussi de véritables formations chéloïdiennes de la grosseur d'un pois à un noyau de cerise, bombées, lisses, dures et qui, nous le verrons, sont, histologiquement, de la chéloïde vraie. C'est un des plus beaux cas que l'on puisse voir de chéloïde vraie sur acné.

Le devant de la poitrine présente des lésions beaucoup plus discrètes : comédons, acné indurée ou phlegmoneuse et quelques chéloïdes.

Les téguments du reste du corps sont normaux.

En somme, à ce second stade, l'acné papulo-pustuleuse s'est transformée en : acné phlegmoneuse, — collections suppurées, discrètes, aphlegmasiques, mais déterminant autour d'elles un processus fibreux hyperplasique intense — cicatrices étendues, profondes, irrégulières, découpées par des hyperproductions fibreuses — lésions fibreuses vermoulantes avec ponts fibreux tunnélisés — le tout constamment accompagné de petites logettes contenant de la matière caséeuse ou des comédons — enfin formation de chéloïdes vraies sur acné. Mais dans tout ce stade, ces lésions déjà si variées et si curieuses n'ont pas encore débordé le domaine habituel de l'acné vulgaire : face, nuque, dos, région sternale.

Troisième stade (1929). — Sous l'influence d'un traitement combiné : savonnages, alcool camphré, alcool iodé, pâte soufrée, radiothérapie, les lésions de la face, de la nuque et de la poitrine se sont très améliorées. Il n'y a presque plus d'éléments en activité. Les productions fibreuses, hyperplasiques, se sont considérablement affaissées. Le malade reste deux ans sans nous revenir.

Mais nous constatons à ce moment l'existence de lésions apparues au niveau des fesses et des cuisses et d'un type nouveau. Ce



Fig. 17. — Quatrième stade (1931). Placard serpigineux faisant le tour de l'avant-bras gauche — partie cicatricielle, sur la face postérieure de l'avant-bras.

sont des collections suppurées, aphlegmasiques, ne déterminant ni fièvre, ni retentissement ganglionnaire, volumineuses, profondes,

pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre. Le toit qui les recouvre forme une sorte de blindage, de cuirasse fibreuse, parais-

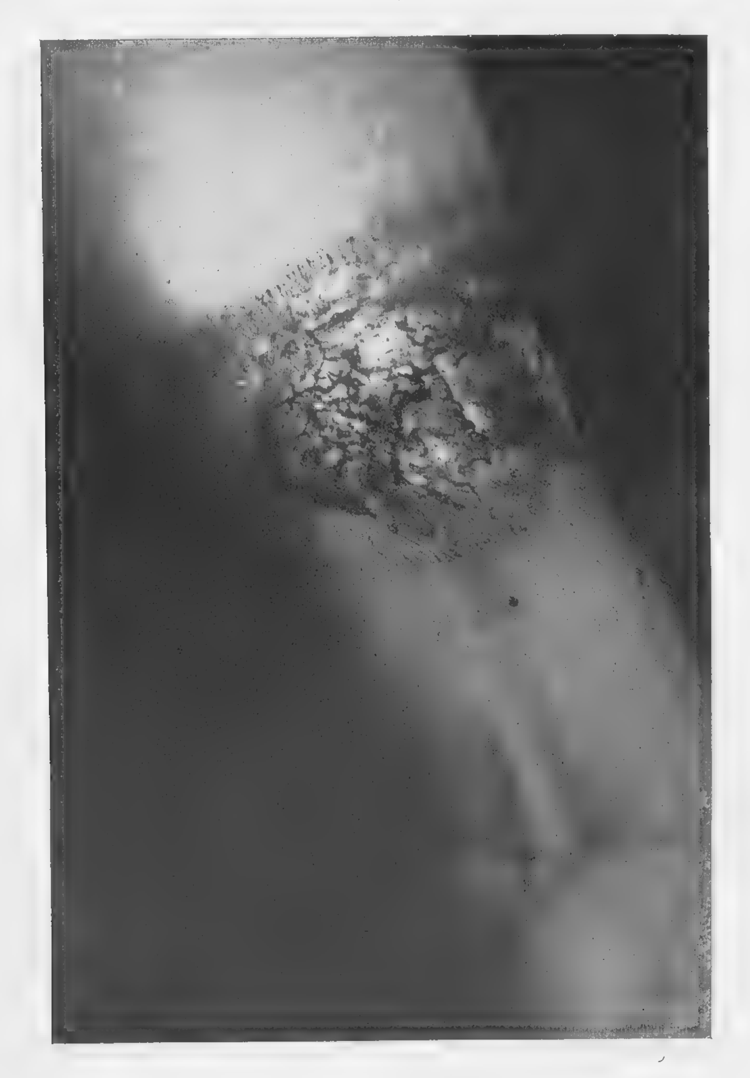


Fig. 18. — Quatrième stade (1931). Même placard qu'à la figure 17, partie en activité correspondant à la face antérieure de l'avant-bras.

sant avoir près d'un centimètre d'épaisseur, extrêmement dur, détachant parfois sur ses bords des prolongements fibreux en pattes de

crabe. Ces prolongements fibreux délimitent des logettes remplies par la matière caséeuse ou les gros comédons que nous avions déjà constatés dans les cicatrices fibreuses du premier stade. Un stylet poussé dans une de ces logettes peut souvent passer sous tout le toit fibreux et aller ressortir par une logette au pôle opposé. Ce blindage fibreux est donc miné par des sortes de trajets fistuleux sous-jacents. La quantité de pus contenu par ces abcès, même par les deux plus volumineux au pourtour du pli fessier, est toujours minime et hors de proportion avec le volume de la lésion. La pression fait sourdre du liquide séro-purulent par les orifices des trajets fistuleux. Enfin, ces lésions sont torpides et évoluent durant des mois.

Deux phénomènes caractérisent donc ce troisième stade : les lésions ont débordé les régions habituelles de l'acné. Elles descendent sur les fesses et les cuisses.

D'autre part, nous voyons se développer au maximum un processus déjà ébauché au premier stade : les suppurations aphlegmasiques s'accompagnant de productions fibreuses hyperplasiques, arrivant à former ces volumineuses collections blindées par un plastron fibreux et ne contenant presque pas de pus. Nous retrouvons en bordure du blindage fibreux les nids de matière caséeuse et les comédons.

Quatrième stade (1931). — Nouvelle disparition de 2 ans. Le malade nous revient en 1931 ; toutes les anciennes lésions sont guéries, desséchées, affaissées au prix de cicatrices nombreuses. Les abcès fibreux des fesses et des cuisses sont desséchés. Il ne persiste que de l'acné phlegmoneuse du dos.

Mais par contre, apparition de lésions sur les bras, avant-bras, cuisses. Le territoire de l'acné est décidément complètement débordé. Et ces nouvelles lésions se présentent suivant un type entièrement nouveau, plus déconcertantes que jamais.

Nous les saisissons à leur début sous forme d'un nodule empâté, de la grosseur d'une noisette à une amande verte, nodule rouge, violacé, très saillant, partiellement ulcéreux et végétant, très mollasse au toucher, laissant sourdre quelques gouttes de pus à la pression. L'aspect serait presque celui d'une bromide végétante ou de certaines blastomycoses.

Soit par coalescence avec d'autres lésions semblables, soit par extension autonome, ces lésions végétantes vont s'étaler peu à peu

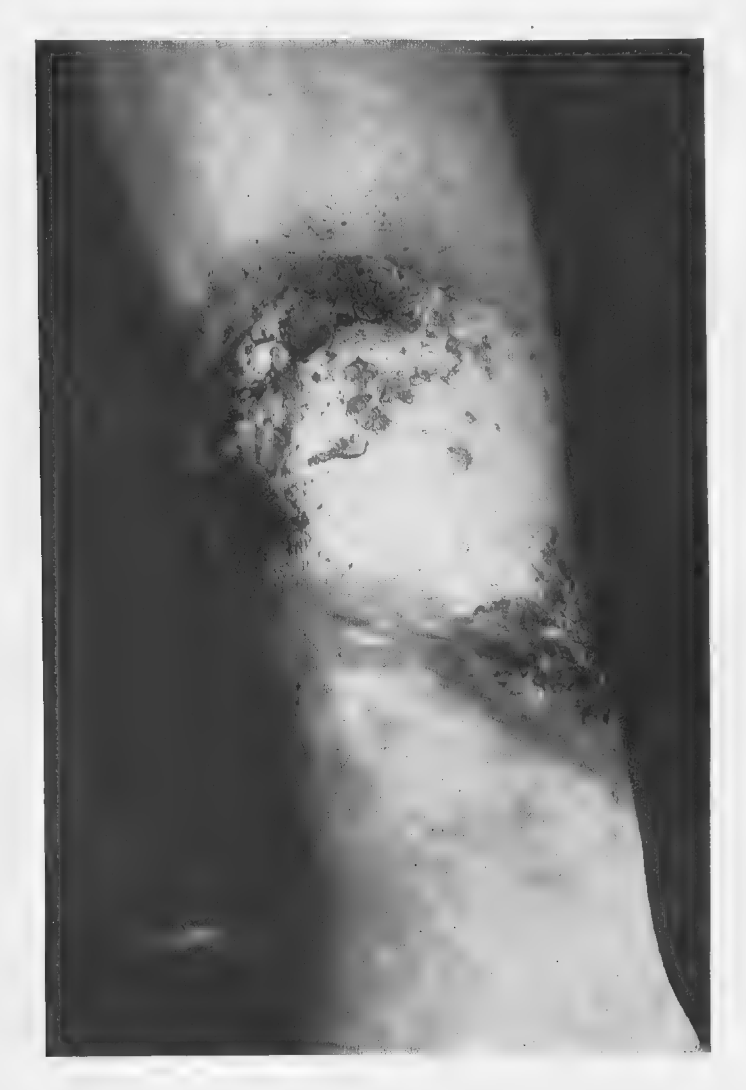


Fig. 19. — La même lésion vue sur le bord interne de l'avant-bras.

par leurs bords ; au fur et à mesure leur centre s'affaisse et devient spontanément cicatriciel ; elles arrivent ainsi à former d'immenses

placards arrondis, ovalaires ou de contours irréguliers, dépassant les dimensions d'une paume de main d'adulte, dont tout le centre est cicatriciel, légèrement scléreux, rose violacé ou blanchâtre, suivant l'âge de la cicatrice. Les lésions ulcéro-végétantes continuent pendant ce temps à s'étendre serpigineusement de façon irrégulière,



Fig. 19 *bis*. — Tréponèmes fourmillant dans la sérosité des lésions végétantes et ulcéreuses.

tantôt sur toute l'étendue de la bordure ; tantôt une partie de celle-ci se cicatrise également et les lésions en activité se groupent sur un, deux ou trois points seulement ; elles peuvent y former alors des masses ulcéro-végétantes de plus d'un centimètre de hauteur, infiltrées mais très mollasses, donnant issue, sous la pression, à un

peu de liquide purulent. L'aspect est ici absolument superposable à celui d'une syphilis tertiaire ou plutôt, en raison de la mollesse des tissus, à celui d'une tuberculose ulcéro-végétante.

Ces lésions ulcéro-végétantes, serpigineuses, spontanément cicatricielles sont torpides, évoluent durant des mois, absolument indolentes, ne déterminant aucun retentissement ganglionnaire.

A notre grande surprise, l'examen bactériologique de la sérosité purulente nous montrait, au milieu d'une flore bactérienne d'une richesse extraordinaire, des tréponèmes d'une abondance extrême, voisins, mais cependant nettement différents du tréponème pâle. Nous y reviendrons à propos des recherches bactériologiques.

Tel est le résumé clinique de cette extraordinaire observation et des lésions successives que notre malade a déroulé sous nos yeux durant cinq ans. On conçoit que nous ayons pu être déconcertés pendant un certain temps devant ce tableau si insolite.

Examens histologiques.

Nous avons pratiqué chez notre malade sept biopsies sur des lésions différentes et aux stades successifs de son affection.

Première biopsie, portant sur le rebord de la lésion de la joue droite, à la partie moyenne du rebord du maxillaire inférieur, représentée par un placard saillant avec tissu fibreux exubérant, bandelettes pseudo-chéloïdiennes, ponts fibreux et languettes fibreuses décollées sous lesquelles on trouve de la matière caséeuse blanchâtre et de gros comédons (2e stade, 1927).

La lésion est centrée par une profonde invagination épidermique qui, dirigée non pas de haut en bas mais transversalement, parallèlement à la surface de la coupe, divise celle-ci en deux étages superposés, l'étage supérieur formant une languette qui constitue le toit de l'invagination, la partie inférieure en constituant le plancher et s'étalant latéralement bien au delà de la languette qui n'en surplombe à peu près que la moitié par rapport à la coupe (voir fig. 20).

La languette supérieure paraît constituée par une peau d'architecture normale, présentant papilles et crêtes papillaires régulièrement distribuées, et contenant de nombreuses glandes sébacées et des follicules pileux. Elle montre d'autre part des signes d'inflam-

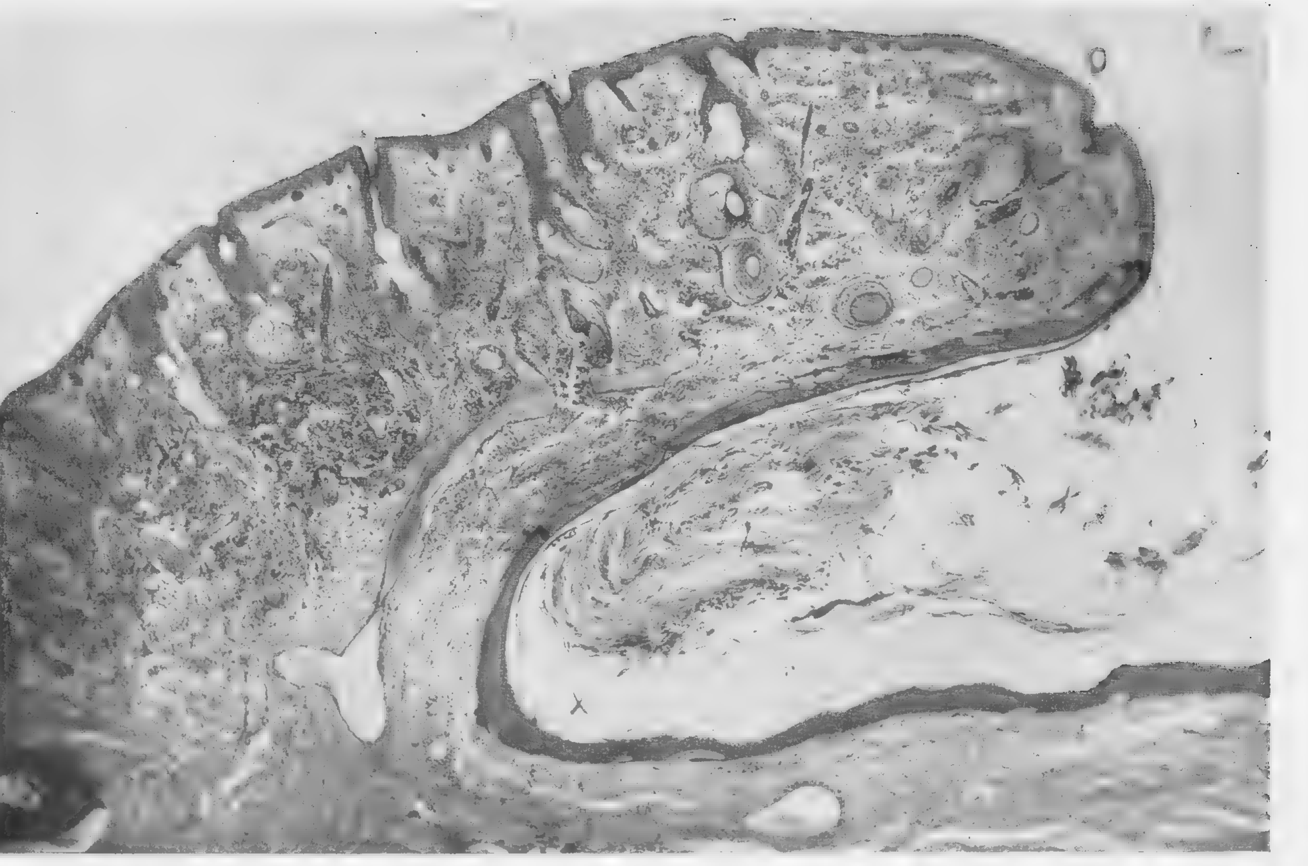


Fig. 20. — Biopsie sur le rebord du placard fibreux du bord de la joue droite, formé de ponts fibreux et de languettes découpées (fig. 4). La lésion est constituée essentiellement par une profonde invagination épidermique surplombée par une languette décollée. Cette invagination correspond manifestement à l'orifice d'abouchement d'une ancienne glande sébacée. Elle est remplie par des lamelles cornées, desquamées et de la matière sébacée. La languette supérieure présente une architecture normale avec des glandes sébacées et ses follicules pileux ; mais inflammation manifeste et hyperplasie de l'élastine réalisant un élastome diffus. L'épiderme de la paroi inférieure de l'infundibulum est cicatriciel ; il ne présente plus trace de follicule pileux, ni de glande sébacée ; l'élastine a disparu En bas et à gauche de la coupe, on distingue l'amorce d'un second infundibulum analogue au premier (Grossissement : 40 diamètres).

mation manifeste se traduisant par une vascularisation intense : tout le derme superficiel, moyen et profond est parcouru par d'énormes capillaires, très nombreux, dilatés, béants, à mince paroi endothéliale, et parfois flexueux, car on peut les suivre sur un parcours d'une certaine étendue. Le derme est légèrement œdémateux, surtout au niveau du corps papillaire. Tout le derme présente un infiltrat clairsemé, distribué sans ordre, mais encore assez important, représenté par des fibrocytes, des histiocytes et d'assez nombreux plasmocytes. Enfin une dernière lésion, fort curieuse, vient compléter ce tableau : une hyperplasie énorme du tissu élastique formant un véritable élastome diffus qui n'est pas sous-épidémique, mais qui occupe tout le derme moyen et le derme profond, entourant glandes sébacées, follicules pileux, glandes sudoripares.

L'épiderme s'incurve ensuite pour atteindre le rebord supérieur de l'invagination épidermique et va dessiner tout le contour de celle-ci, s'arrondissant à son extrémité profonde et recouvrant son bord inférieur. Cette invagination épidermique est donc fermée en cul-de-sac à son extrémité profonde et ne présente nulle trace d'abouchement d'une glande sébacée. Sa disposition et sa forme rappellent celles d'un comédon, mais d'un comédon qui aurait dix fois son volume normal. L'épiderme qui l'entoure présente une granuleuse d'épaisseur normale et une couche cornée qui desquame en lamelles concentriques, celles-ci remplissant une partie de la large invagination épidermique.

Le derme qui correspond au fond de l'invagination ne présente aucune trace de glande sébacée ni de follicule pileux, mais des vaisseaux très dilatés, et un infiltrat abondant, souvent périvasculaire, riche en plasmocytes. Au fur et à mesure qu'on se dirige vers le bord opposé de la coupe, on voit apparaître le fond d'une autre invagination épidermique, située à la même hauteur que celle que nous venons de décrire et qui n'en est séparée que par une assez mince épaisseur de derme.

Si nous revenons maintenant à la peau qui constitue la paroi inférieure de l'invagination et si nous continuons à l'examiner au delà de cette dernière, nous voyons qu'elle présente des caractères manifestement cicatriciels. L'épiderme est très aminci, ne présente plus ni papilles ni crêtes interpapillaires et dessine une ligne droite. Il n'y a plus trace de follicule pileux, ni de glandes sébacées. L'élas-

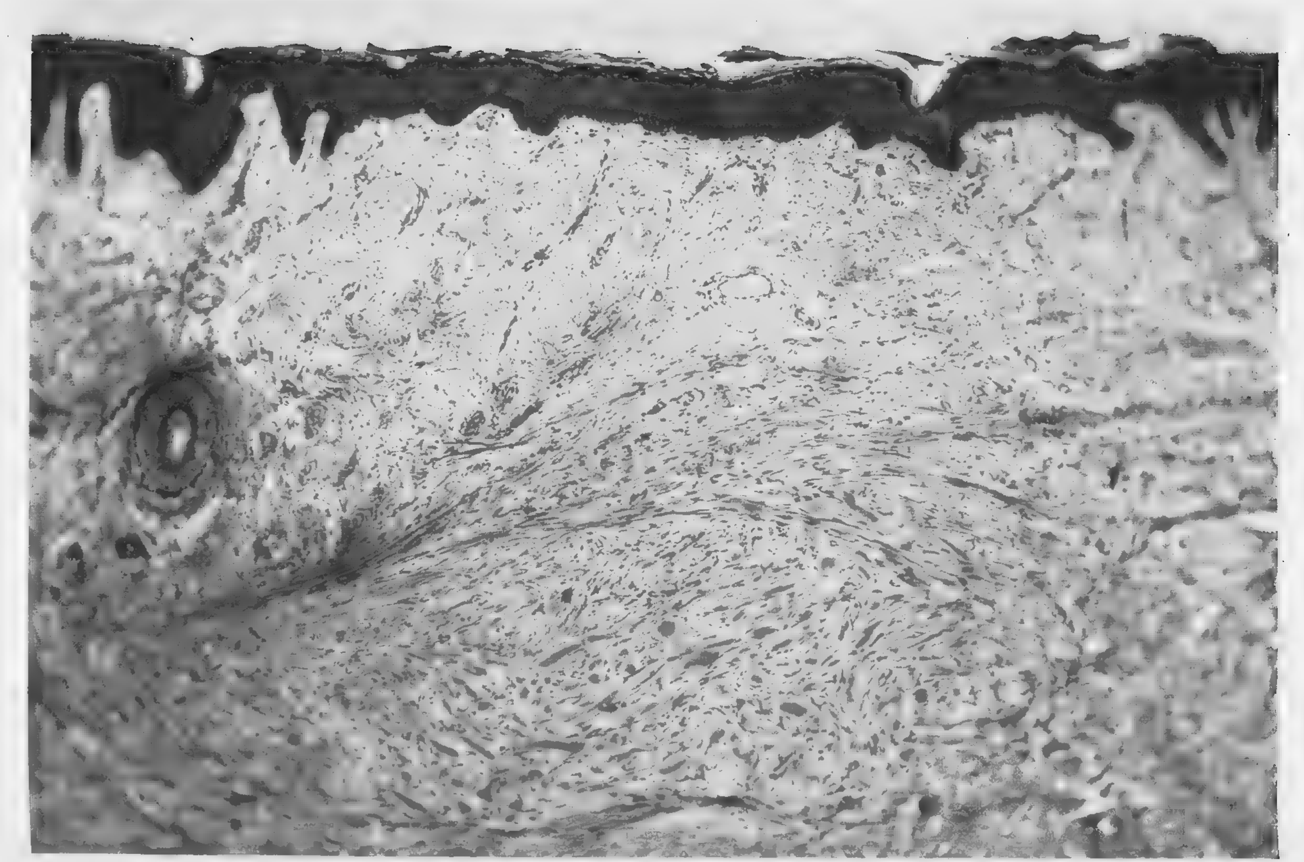


Fig. 21. — Chéloïde vraie développée sur acné phlegmoneuse du dos. La chéloïde, qui occupe le centre de la coupe, est séparée de l'épiderme par une large bande de collagène normal (Grossissement : 75 centimètres).

tine est complètement détruite. Il y a encore quelques vaisseaux et un léger infiltrat. Le collagène est dense et tassé et légèrement scléreux.

Deuxième biopsie (E. 270). — Lésion chéloïdienne du dos, de la grosseur d'un noyau de cerise, bombée, lisse, dure, se présentant comme une vraie chéloïde et qui a pris naissance au niveau d'un élément d'acné indurée ou d'acné phlegmoneuse (2e stade 1927) (voir fig. 5).

Il s'agit d'une chéloïde vraie séparée de l'épiderme par une large bandelette de derme normal, nettement encapsulée par places et divisée en lobes par des trousseaux de collagène normal. Elle présente tous les caractères du tissu chéloïdien que j'ai décrit avec Woringer (L'anatomie pathologique des chéloïdes, *Annales de Dermatologie*, 1931) : collagène lâche, œdémateux, imbibé, très riche en fibrocytes énormes, et en petits capillaires. Elle présente en outre un caractère que nous avions déjà signalé dans l'étude d'une de nos chéloïdes, mais que nous avions faussement interprété : il s'agit de gros faisceaux de collagène que nous avions trouvés en bordure d'une chéloïde et que nous avions cru être une réaction du derm enormal envahi par le tissu chéloïdien. Or depuis, nous avons retrouvé le même aspect dans un tatouage en relief que nous avons étudié et qui avait l'histologie d'une vraie chéloïde. Nous le retrouvons encore ici. Ces faisceaux de collagène énormes, gonflés, font donc partie intégrante de certaines chéloïdes (fig. 21).

Nous avons donc là la constatation indiscutable de la formation de chéloïdes vraies sur acné.

Troisième biopsie (E. 404, I). — Biopsie d'une nodosité chéloïdienne du dos (1929, 3e stade).

Il s'agit d'une chéloïde vraie superposable à la précédente.

Quatrième biopsie (E. 404, II). — Biopsie pratiquée au niveau de l'abcès de la fesse droite ; en ouvrant l'abcès, incision triangulaire profonde, comprenant le toit de l'abcès et descendant jusqu'au niveau de la collection (3e stade 1929).

L'épiderme serait presque normal s'il ne présentait une hyperacanthose modérée et par places quelques comédons. Le derme superficiel et le derme moyen témoignent d'une inflammation modérée qui se traduit par de gros vaisseaux dilatés et par un infiltrat



Fig. 22. — Biopsie de toute l'épaisseur de l'abcès de la fesse droite. Au bas de la coupe, on distingue le début de l'abcès. Au-dessus, infiltration dense, en bandes, presque purement plasmocytaire. Nulle part il n'y a trace de tissu tuberculoïde (Grossissement : 80 diamètres).

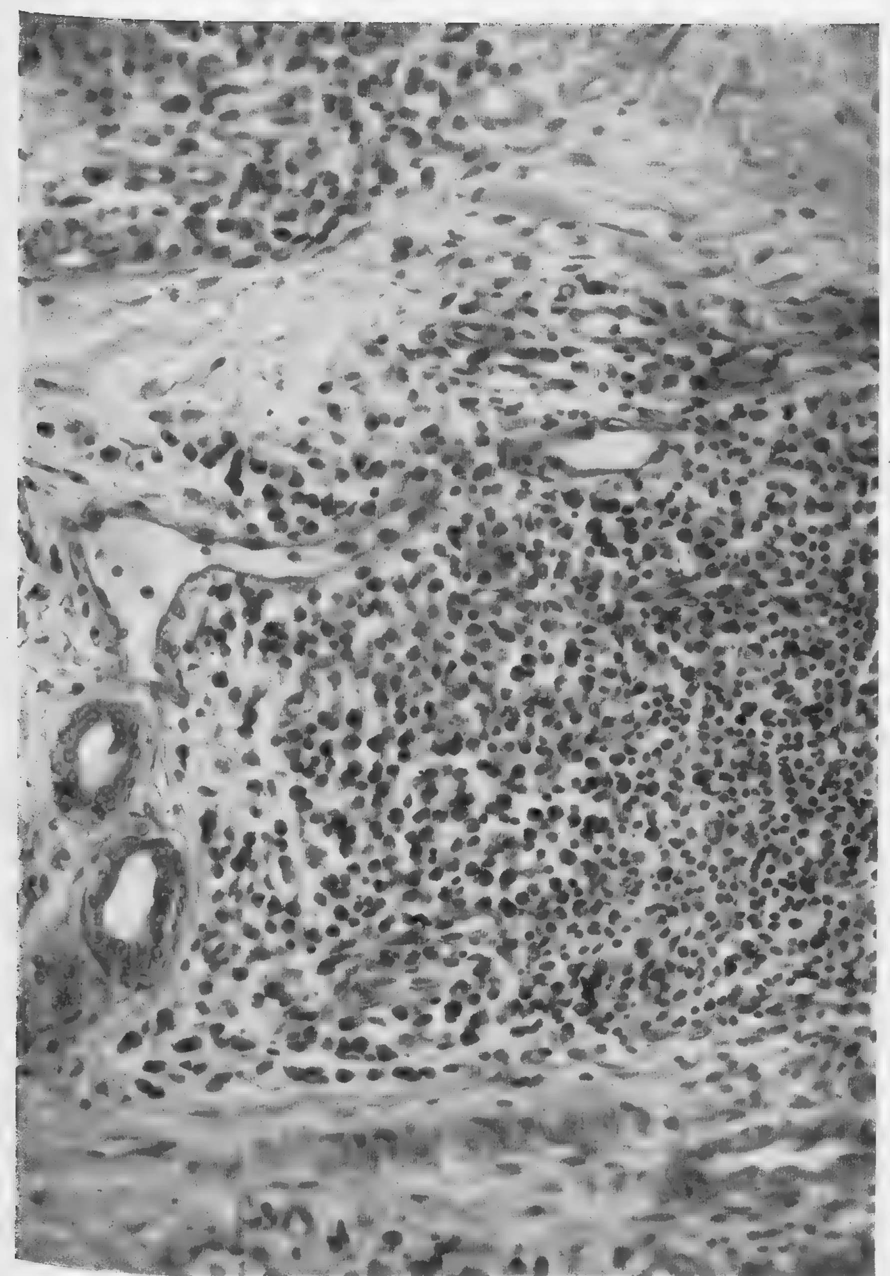


Fig. 23. — Détail de la figure précédente montrant la structure a peu près purement plasmocytaire de l'infiltrat qui avoisine l'abcès (Grossissement : 340 diamètres).

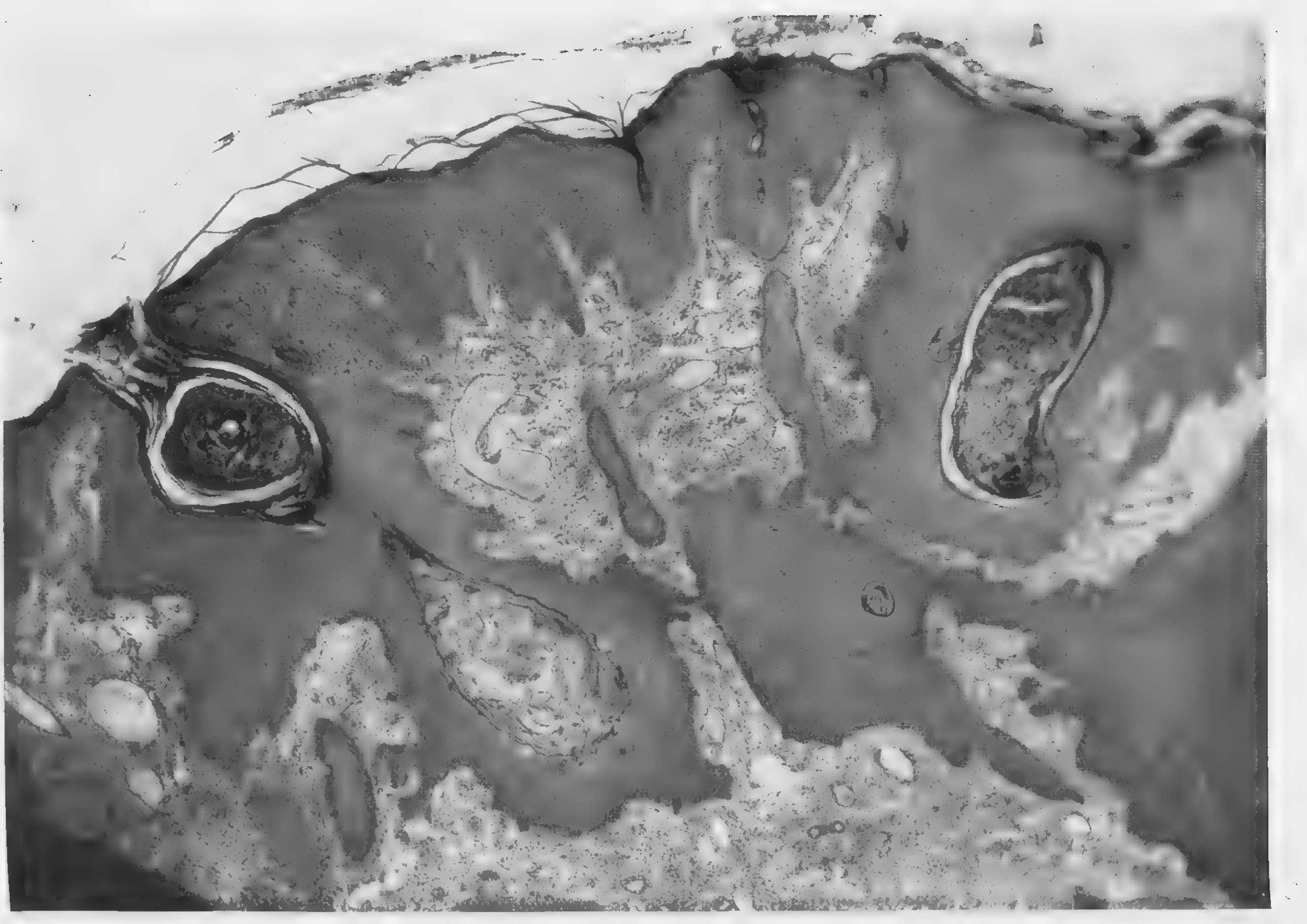


Fig. 24. — Biopsie de la lésion végétante de l'avant-bras gauche (fig. 18). Epiderme monstrueusement acanthosique. Enormes comédons ou plutôt bouchons cornés d'orifice des tunnels épidermiques que l'on va retrouver sur les coupes suivantes. Le derme est formé par un tissu de granulation très lâche, très vascularisé (Grossissement : 45 diamètres).

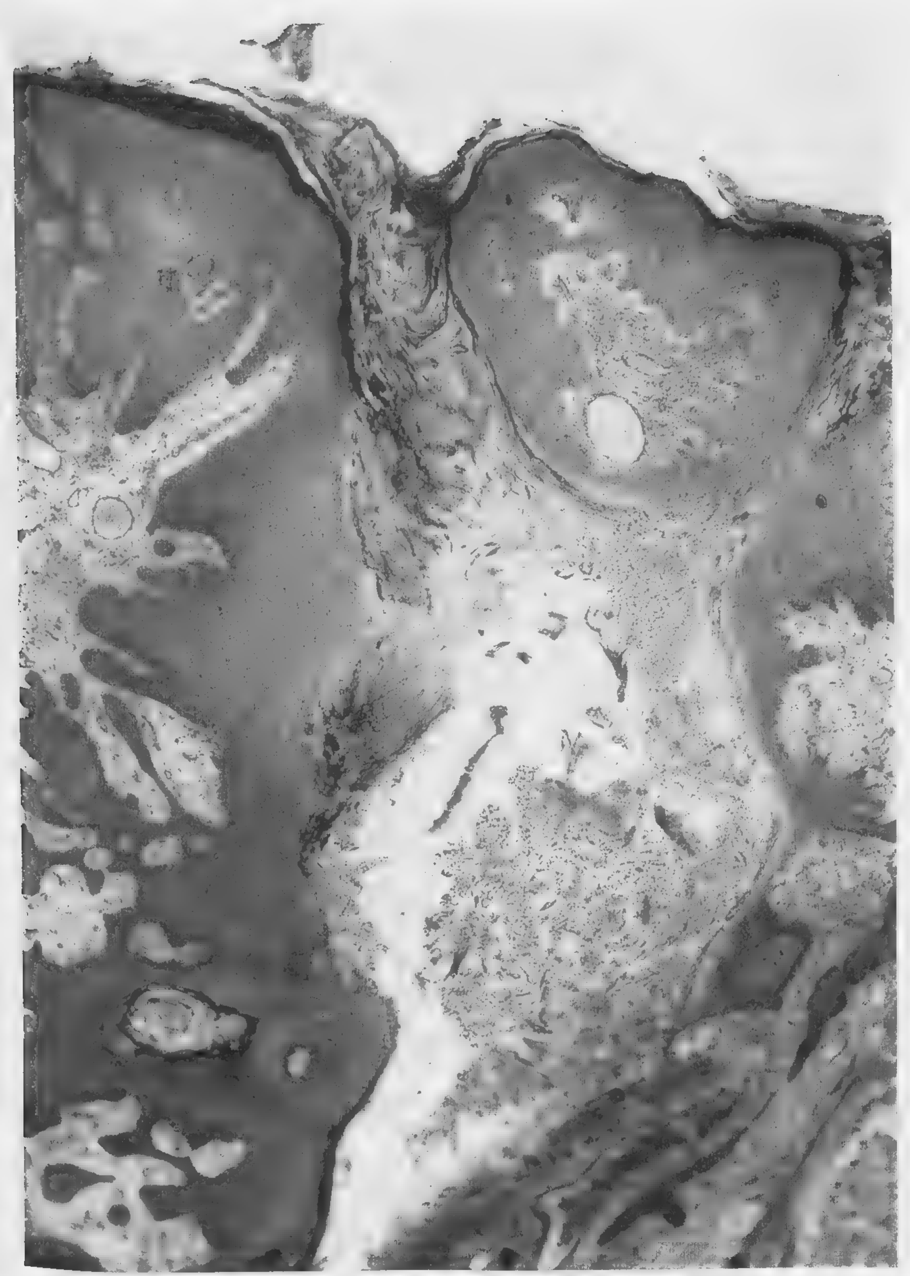


Fig. 25. — Cheminée épidermique s'enfonçant très profondément dans la masse végétante. En haut, bouchon comédonien. La glande sébacée a disparu par suite de l'inflammation chronique et l'épithélium a progressé en profondeur, tapissant la cheminée ainsi constituée. Le centre est rempli de débris cornés, de cellules épithéliales desquamées, de matière d'aspect caséeux, mais il n'y a pas de pus. Latéralement les parois épithéliales de la cheminée sont également en hyperacanthose (Grossissement : 45 diamètres).



Fig. 26 — Un de ces tunnels épidermiques formés aux dépens de l'abouchement de l'appareil pilo-sébacé ; le revêtement épithélial s'enfonce dans le tissu végétant à une grande profondeur, et s'ouvre directement au contact de l'infiltrat (Grossissement : 105 diamètres).

soit péri-vasculaire, soit diffus, constitué par des lymphocytes, des histiocytes et de très nombreux plasmocytes. Ces lésions vont en s'accentuant à mesure qu'on descend dans le derme profond. Les nodules d'infiltrat péri-vasculaires s'accentuent et deviennent presque purement plasmocytaires.

Enfin, quand on s'approche de la collection purulente qui est très profonde, on voit apparaître de grands foyers d'infiltration, répartis en bandes, assez nettement limitées et constituées par un infiltrat à plasmocytes à peu près purs. On arrive ainsi au tissu avoisinant directement l'abcès (fig. 22 et 23).

Nulle part, on ne trouve la moindre trace de formations tuberculoïdes.

Cinquième, sixième et septième biopsies (F. 127 A et B., F. 174). — Ces trois biopsies ont été faites au niveau des lésions ulcéreuses, végétantes et serpigineuses, caractérisant le quatrième stade (1931). L'une a été pratiquée sur une des lésions de début au bras gauche, l'autre sur le rebord végétant du grand placard du bras droit, la troisième sur le rebord du placard de l'avant-bras gauche : lésion végétante, surélevée d'un centimètre, pâteuse, mollasse, avec tendance à l'ulcération. Ces trois biopsies étant superposables, nous en donnons une description unique. La troisième biopsie de près d'un centimètre de profondeur permet de suivre les lésions très loin (voir fig. 15, 16 et 18).

Contrairement à tout ce qu'on pouvait s'attendre à trouver dans ces lésions syphiloïdes ou tuberculoïdes, les lésions dominantes ici, celles qui manifestement commandent tout le processus, sont des comédons et des infundibulums épithéliaux s'enfonçant dans le derme à une profondeur invraisemblable, découpant par leurs cavités en tunnels toute la masse végétante, et remplis de débris cornés, de cellules épithéliales desquamées et en dégénérescence.

L'épithélium, irrité, est en état de prolifération active et d'hyperacanthose monstrueuse, envoyant dans le derme d'énormes bourgeons et des masses végétantes colossales.

Dans cet épiderme, suivant les incidences de la coupe, on voit d'énormes comédons représentant manifestement l'ancien abouchement de glandes sébacées (voir fig. 24). Ils sont formés par des couches concentriques de lamelles cornées desquamées, par des cellules malpighiennes, ayant parfois conservé encore leur noyau, mais

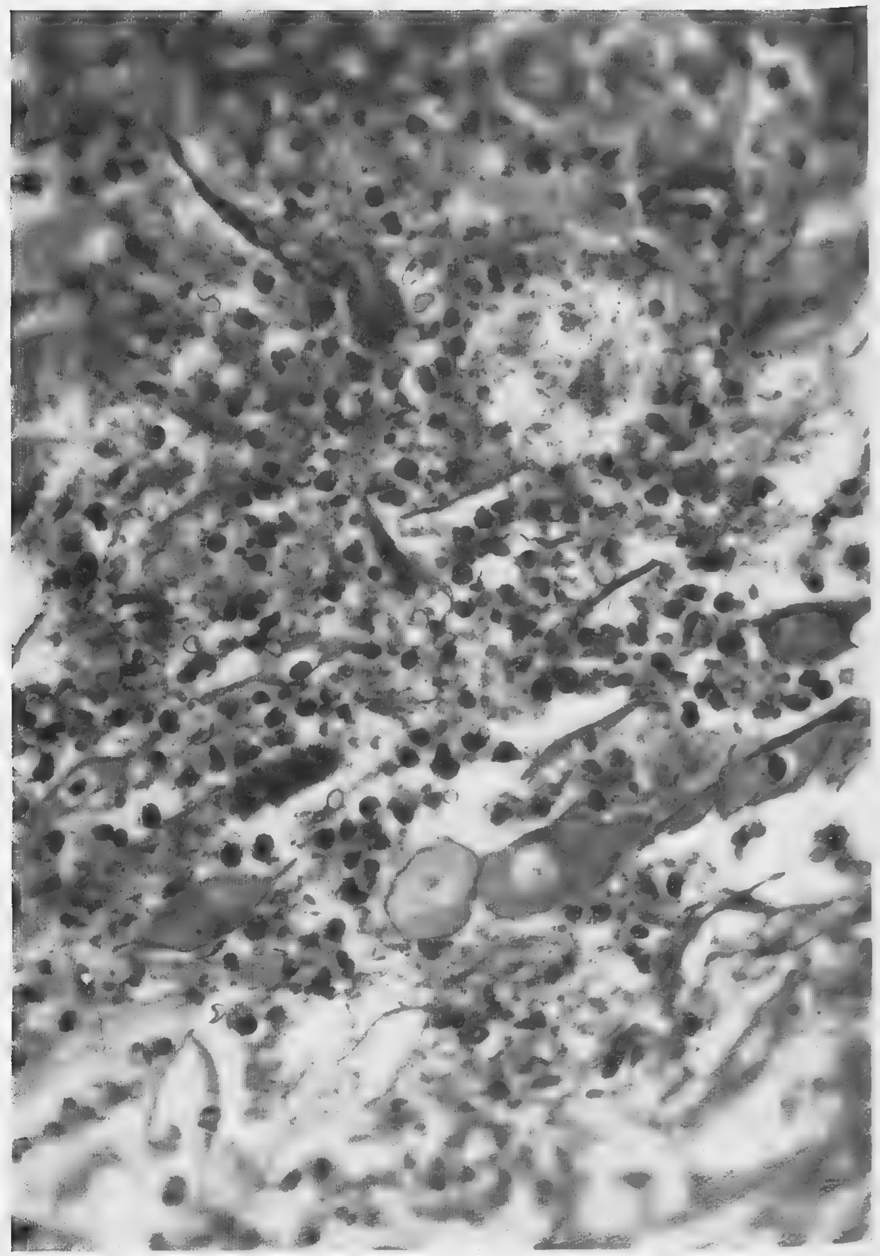


Fig. 27. — Détail du contenu d'une des « cheminées » épithéliales. On voit qu'il n'y a pas de pus, mais de grandes cellules malpighiennes et cornées desquamées, de toutes tailles et de toutes dimensions, des débris cornés, des débris de noyaux en pycnose, des débris de matière d'aspect sébacé (Grossissement : 570 diamètres).

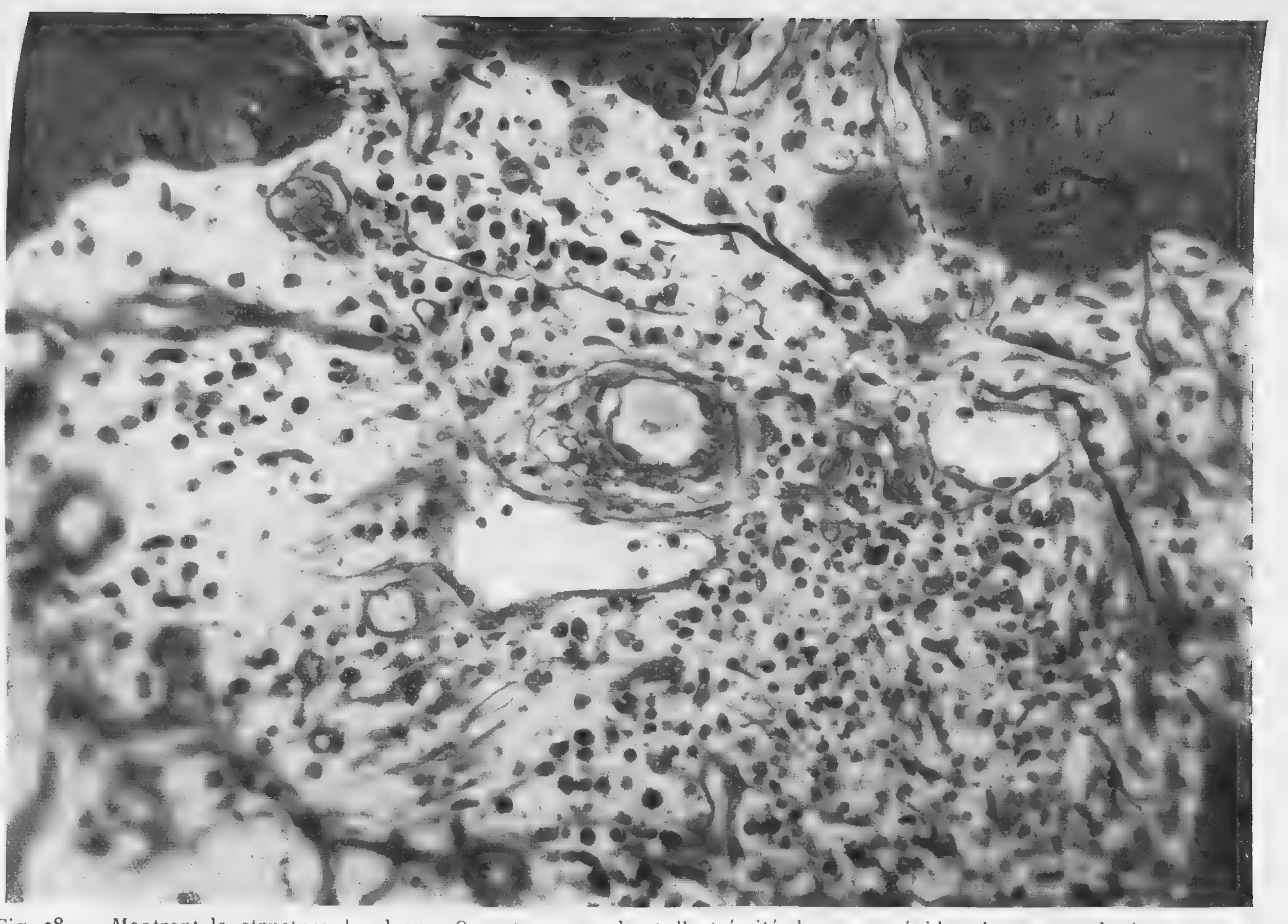


Fig 28. — Montrant la structure du derme. On retrouve en haut l'extrémité de masses épidermiques acanthosiques. Derme formé par un collagène très grêle, en fines fibrilles, très imbibé, servant de substratum à de larges vaisseaux béants et à un infiltrat formé de fibrocytes, lymphocytes, histiocytes, plasmocytes. C'est en somme un tissu de granulation. Quelques grosses fibres élastiques (Grossissement : 350 diamètres).

en état de dégénérescence granulo-graisseuse, par des débris cornés et une substance d'apparence caséeuse.

Suivant certaines incidences plus heureuses de la coupe, on voit que ces comédons ne sont que le bouchon fermant à leur orifice de longues cheminées épidermiques qui s'enfoncent en profondeur dans le derme et viennent s'ouvrir en plein infiltrat dermique (fig. 25 et fig. 26).

Comment peut-on interpréter ces curieuses formations ? Il est vraisemblable que sous l'influence de l'inflammation chronique, la glande sébacée a fini par fondre et disparaître complètement. L'épithélium de recouvrement du canal d'abouchement pilo-sébacé a dès lors végété en profondeur et tapissé la cavité ainsi formée, s'enfonçant toujours plus profondément dans le derme et cela d'autant plus facilement que, nous allons le voir, ce derme est formé par le tissu inflammatoire le plus lâche, une véritable éponge. Ainsi se sont constitués ces tunnels multiples qui minent toute la masse de tissu végétant. Ces tunnels sont remplis par tous les débris épidermiques possibles : lamelles cornées, cellules épithéliales desquamées de toutes formes et de toutes dimensions, débris de noyaux pycnotiques, granulations graisseuses, substance amorphe d'aspect caséeux (fig. 27). C'est tout cet amas qui forme les gouttes purulentes que l'on obtient par la pression des lésions végétantes, mais en réalité, il n'y a d'abcès nulle part et les lésions semblent très peu microbiennes.

Ajoutons que par leur face externe, celle qui regarde l'infiltrat dermique, ces cheminées épithéliales présentent elles aussi une hyperacanthose manifeste et détachent latéralement de grands bourgeonnements épidermiques (fig. 25).

Enfin le derme de ces volumineuses végétations est un véritable tissu de granulation : collagène rare, formant un réticulum très lâche, très délicat, largement imbibé de sérosité et servant de soutènement à d'innombrables capillaires dilatés, béants, et à un infiltrat clairsemé constitué de fibrocytes, d'histiocytes, de lymphocytes et de plasmocytes (fig. 28).

Ces grosses masses végétantes sont en somme formées par un véritable tissu éponge, lâche, imbibé, très vascularisé, sous-miné par des cheminées épithéliales qui les parcourent en tout sens et recouvert par des masses épithéliales acanthosiques. On s'explique

ainsi leur mollesse, leur état végétant et l'on constate qu'elles sont commandées par des lésions à point de départ folliculaires. Rien ne permet de penser ni à la tuberculose, ni à la syphilis, ni à une blastomycose.

Examens bactériologiques.

1927. — Les frottis et les cultures des lésions d'acné phlegmoneuse ne montrent que des staphylocoques blancs et dorés.

21 février 1929. — *Ponction de l'abcès situé au-dessus du pli fessier à gauche*, recouvert par un toit fibreux épais ; l'abcès n'était pas encore ouvert ; on retire 6 à 8 centimètres cubes de pus sanguinolent.

Examen direct. — On ne retrouve que des polynucléaires, mélangés à des lymphocytes en proportion importante. Mais ce pus semble amicrobien, on ne peut trouver un seul microbe visible.

Culture. — On n'obtient quelque chose que sur les milieux à la gélose-ascite et encore n'obtient-on qu'une seule colonie de staphylocoques qui, repiquée, servira à la préparation d'un auto-vaccin. Au total, pus presque stérile, aussi peu microbien que possible.

Ponction de l'abcès situé sur la fesse droite et pointant vers l'anus. — On retire un peu de pus sanguinolent.

Examen direct. — Flore bactérienne extrêmement riche et variée présentant en abondance, toutes les bactéries qu'on trouve ordinairement dans le tube digestif inférieur. L'abcès était ouvert et a été manifestement infecté par les selles.

Cultures. — Staphylocoques et bactéries de la putréfaction intestinale.

A l'occasion d'une biopsie large et profonde faite au niveau de l'abcès du pli fessier gauche, examen bactériologique des grumeaux provenant de cette biopsie.

Examen direct. — Polynucléaires, lymphocytes, pas de microbes.

Cultures. — Quelques rares staphylocoques.

Mai 1931. Examen du pus obtenu par pression au niveau des lésions ulcéreuses et végétantes en placards. — On fait sourdre par la pression quelques gouttes de pus.

Examen direct. — Flore bactérienne extrêmement riche où l'on trouve littéralement de tout : staphylocoques et tous les cocci pos-

sibles, spirilles, bâtonnets, fuseaux et enfin des éléments ressemblant à des tréponèmes.

Une goutte de ce pus diluée dans un peu d'eau et examinée à l'ultra-microscope montre, avec une abondance extraordinaire, des tréponèmes très mobiles et ressemblant au premier aspect au tréponème pâle, mais quand on les examine avec plus de soin, on peut constater qu'ils sont un peu moins longs, plus gros, plus trapus, plus épais.

Inoculations aux animaux.

Nous avons inoculé avec les différents produits provenant des lésions de notre malade 13 cobayes, 3 lapins, 1 singe, 1 coq. Ces inoculations ont été faites sous la peau, dans le muscle, dans le péritoine, dans le cœur, dans le testicule.

Un certain nombre de ces inoculations remontent à l'année 1929. Enfin, nous avons réinoculé en série des cobayes avec les ganglions prélevés sur des cobayes inoculés en mai 1931 et sacrifiés au début de décembre sans qu'ils aient montré les moindres lésions. Nous avons ainsi pratiqué jusqu'à 6 passages successifs, poursuivis jusqu'en 1933, sans jamais observer de lésions, ni trouver le moindre bacille de Koch. Tous les animaux ont été sacrifiés et n'ont jamais montré de lésions, quelque paradoxal que cela pût paraître, étant donné que nous avions inoculé du liquide paraissant purulent, et cela dans le péritoine, le cœur, sauf dans un seul cas, chez un lapin. Pour ce lapin, l'inoculation avait été faite dans le testicule et sous la peau le 4 juin 1931 avec le liquide d'aspect purulent obtenu par pression énergique au niveau des lésions végétantes et ulcéreuses et qui fourmillait de tréponèmes, de spirilles. L'inoculation dans le muscle de la cuisse donna en huit jours une tuméfaction grosse comme un œuf de pigeon, dure, non fluctuante qui, un mois plus tard s'abcéda, donnant issue à du pus blanc rosé ; celui-ci à l'examen direct montrait une purée de microbes divers, mais pas de spirochètes. Trois mois plus tard, au début d'octobre, l'abcès s'était fermé, mais il persistait dans l'épaisseur de la cuisse deux masses dures, bosselées. Le testicule réagit lui aussi rapidement et huit jours après l'inoculation, il formait une volumineuse tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon. Au début de décembre,

soit six mois après l'inoculation, cette grosse tuméfaction persistait et donnait l'impression, au palper, d'un testicule atteint d'hydrocèle avec épididyme très gros et bosselé. Nous pûmes croire un instant à une inoculation tuberculeuse positive. L'animal fut sacrifié. A l'autopsie, aucune adénopathie nulle part : foie, rate, poumons sains. Le testicule et les deux grosses nodosités intra-musculaires de la cuisse étaient remplis par une matière caséeuse, blanchâtre. Examinée sur frottis, elle ne contenait aucun bacille acido-résistant. L'examen histologique du testicule et des masses musculaires a été pratiqué : il n'a montré qu'une nécrose importante sans la moindre réaction tuberculoïde ; aucun bacille de Koch. Lors de l'autopsie, ces masses caséeuses exhalaient d'ailleurs une odeur putride. Ces lésions de caséification étaient certainement dues aux microbes, bactéries, spirilles de toutes sortes qui pullulaient dans les lésions végétantes.

Examens biologiques

L'intradermoréaction à la tuberculine pratiquée à trois reprises chez notre malade a toujours été négative.

Examens sérologiques :

Bordet-Wassermann	négatif
Hecht-Bauer	négatif
Vernes	0
Kahn	négatif

Discussion clinique du cas.

On conçoit l'embarras dans lequel nous mit ce malade et les diverses alternatives par lesquelles nous pûmes passer devant les lésions vraiment extraordinaires qu'il a déroulées sous nos yeux durant ces cinq années.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois en 1927, le diagnostic d'acné paraissait satisfaisant. Acné déjà bien extraordinaire à la vérité, avec ce mélange d'énormes comédons, de grosses lésions d'acné phlegmoneuse, de chéloïdes vraies sur acné, de productions

fibreuses exubérantes en bandes, en brides, en ponts. Mais toutes ces lésions siégeaient sur le territoire habituel de l'acné : face, dos, poitrine et on pouvait arriver à les relier entre elles. Il n'en restait pas moins que cette acné était bien déconcertante et que déjà elle montrait une tendance particulière à s'accompagner de réactions conjonctives très intenses, avec toutes ces productions fibreuses hyperplasiques.

L'apparition des abcès profonds, en 1929, ne contenant que relativement peu de pus, mais s'enkystant ou se recouvrant d'un véritable blindage, d'une carapace fibreuse d'une épaisseur extrême, détachant parfois latéralement des prolongements fibreux en pattes de crabe, le caractère torpide, aphlegmasique de ces abcès, leur longue durée pendant plus d'un an, l'absence de tout retentissement ganglionnaire, le caractère presque amicrobien du pus dans lequel on ne pouvait constater que quelques staphylocoques, vint singulièrement compliquer la question et poser un nouveau problème. Nous retrouvions il est vrai, portée à l'extrême, cette tendance à l'hyperplasie fibreuse que nous avions constatée au premier stade. D'autre part, le toit fibreux de ces collections était sous-miné par des tunnels profonds, perméables à un stylet, s'étendant sous toute la largeur du toit, et qui représentaient eux aussi un processus exagéré de ces cicatrices fibreuses en ponts qui nous avaient déjà frappé en 1927. Ces caractères affirmaient donc une filiation indiscutable entre toutes les lésions. Mais s'il s'agissait toujours d'acné, l'interprétation en devenait bien difficile.

Enfin les lésions encore plus invraisemblables que fit le malade en 1931 vinrent compliquer tellement le problème qu'elles remettaient tout en question et permettaient de soulever une série de nouvelles hypothèses pathogéniques. Il ne s'agissait plus cette fois du domaine habituel de l'acné puisque les lésions siégeaient aux bras, aux aisselles et aux cuisses. Il ne s'agissait plus de lésions fibreuses, mais de lésions végétantes, ulcéreuses, serpigineuses. Leur mode de début rappelait des bromides végétantes. Mais bientôt elles s'étalaient, s'étendaient par leur périphérie, cependant que leur centre s'affaissait, devenait cicatriciel, le bord restant extrêmement végétant et ulcéreux. Les lésions ressemblaient dès lors à des syphilides tertiaires et la constatation de ces tréponèmes fourmillant dans les ulcérations en bordure ne fut pas sans nous troubler un

instant et nous fit nous demander si nous n'avions pas affaire à une affection due à un parasite nouveau. Le tréponème constaté différait en effet nettement de celui de la syphilis. Disons tout de suite qu'un traitement par le novarsénobenzol et poussé jusqu'à la dose de 7 gr. 50, afin d'utiliser l'action spirillicide de ce médicament, s'est montré totalement inopérant, ne modifiant les lésions littéralement en rien. Manifestement les tréponèmes constatés n'étaient qu'un parasite d'accompagnement mais ne jouaient aucun rôle pathogène. Et ce n'est pas l'une des remarques les moins curieuses, suggérées par cette observation, que de voir qu'il peut exister dans certaines lésions cutanées des tréponèmes en abondance, qui ne jouent le rôle que d'un parasite banal, d'infection surajoutée.

On pouvait également penser, plus encore qu'à la syphilis, à la tuberculose végétante et ulcéreuse. Ce fut le diagnostic porté par un certain nombre de collègues auxquels j'ai eu l'occasion de montrer le malade. Mais la lésion de début ne rappelait en rien la bacillose, elle évoquait bien plutôt une blastomycose. Nous avons vu que les examens histologiques et les inoculations faisaient rejeter ces deux diagnostics.

Par contre, à la réflexion, on pouvait constater que la plupart des lésions présentées par notre malade rentraient dans le cadre d'une affection fort rare, décrite par Lang, puis étudiée dans ces dernières années par un certain nombre de dermatologistes, Henrich, Hoffmann, Selisky, Tchernogouboff, Michelson et Allen : *l'acné conglobata*, qui a été étudiée principalement en Allemagne dans ces dernières années. Nous empruntons à l'excellent travail de Michelson et Allen, le dernier en date, les éléments de la description de l'acné *conglobata*.

L'acné *conglobata* est une dermatose chronique inflammatoire caractérisée par les lésions élémentaires de l'acné vulgaire, c'est-à-dire des comédons, des papules et pustules avec en plus de grandes plaques fluctuantes d'un bleu sombre, fréquemment des abcès dermiques ou hypodermiques et des kystes huileux qui peuvent s'ouvrir et former des clapiers, avec peu de tendance à la guérison et aboutissant souvent à la formation de cicatrices chéloïdiennes dites « cicatrices en pont (*Brückennarben*) de Lang ». Les lésions ressemblent beaucoup au type colliquatif de la tuberculose de la peau (scrofuloderme).

Pour certains auteurs, l'acné *conglobata* est à l'acné vulgaire ce qu'est la syphilis maligne à la syphilis papuleuse ordinaire.

Contrairement à ce que fait l'acné vulgaire, l'acné *conglobata* ne débute d'ordinaire qu'après la puberté ; tous les cas connus, sauf un, ont été vus chez l'homme. Le début se fait par l'apparition de comédons sur le corps et le cuir chevelu et des phénomènes inflammatoires autour des glandes sébacées. Les comédons sont souvent particulièrement volumineux et forment des groupes comptant de 10 à 20 ou plus ; ils sont très adhérents au follicule pilo-sébacé ou bien au centre de papules ou papulo-pustules ; il y a en outre des kystes sébacés par rétention, atteignant le volume d'une noisette et qui peuvent présenter des phénomènes d'inflammation aiguë sans retentissement sur les lymphatiques régionaux ; incisés, ils laissent s'écouler un pus mince et huileux.

En plus des comédons et des papulo-pustules, on trouve des placards saillants caractéristiques de la dermatose ; ils débutent par un petit nodule, situé fréquemment dans le follicule pilo-sébacé garni d'un ou de plusieurs comédons ; le nodule grossit, il se forme un abcès central qui donne bientôt issue à un peu de pus, se recouvre d'une croûte d'un brun jaunâtre qui révèle, après ablation, une ulcération assez profonde. La cicatrisation débute au centre pendant que l'ulcère s'étend à la périphérie, de sorte que les placards peuvent atteindre une dimension de 8-10 centimètres de diamètre. Les placards sont bien délimités; deux placards voisins peuvent être reliés par un trajet hypodermique de telle sorte que la pression exercée sur un placard peut faire sourdre du pus au niveau d'un placard voisin. La surface des placards est tourmentée, porte des formations papillomateuses ou des croûtes ; par endroits une surface bleue amincie recouvre un gros abcès fluctuant ; il y a souvent de nombreux trajets fistuleux. Les lésions sont en général ovalaires, la cicatrisation débutant au centre, les cicatrices ont une configuration serpigineuse. L'évolution est chronique, dure des années, de sorte que l'on voit des lésions à tous leurs stades d'évolution, chaque lésion parcourt son cycle évolutif de la pustule à la cicatrice. Il n'y a pas de guérison spontanée. L'acné *conglobata* aurait une prédilection pour la moitié inférieure du tronc.

Ce tableau correspond, on le voit, à peu près trait pour trait à celui que nous offre notre malade ; nous y retrouvons la plupart des

lésions que nous avions observées : début passé vingt ans, gros comédons, papules, pustules, abcès dermiques ou hypodermiques formant clapiers, cicatrices « en pont », lésions ulcéro-végétantes serpigineuses formant de vastes placards cicatrisés au centre. Après avoir minutieusement comparé les documents cliniques et histologiques, il ne peut rester le moindre doute que notre malade corresponde au type « acné *conglobata* ».

Mais quand on a dit « acné *conglobata* » on n'a prononcé qu'un mot. Qu'y a-t-il par derrière et qu'est-ce que cette étrange acné ? Et d'abord peut-on grouper sous cette dénomination d'acné des lésions aussi différentes, aussi extraordinaires et si loin de l'affection à laquelle nous réservons habituellement le nom d'acné ? Quand on y réfléchit et quand on a étudié minutieusement toute la série des biopsies de notre malade, on n'hésite pas à répondre oui. Il s'agit sans discussion possible d'une acné, si nous appelons ainsi l'hypertrophie et l'infection du follicule pilo-sébacé. Car manifestement et de bout en bout, malgré leur polymorphisme extrême, toutes les lésions de notre malade sont commandées par les lésions de l'appareil pilo-sébacé. Nous avons retrouvé celles-ci, dès le début, dans les productions fibreuses se fistulisant, aboutissant à ces tunnels, à ces cicatrices en pont. Nous les avons retrouvé dans les énormes placards fibreux formant le toit de ces abcès aphlegmasiques, presque amicrobiens. Enfin ce sont encore les lésions folliculaires seules qui commandent la formation des lésions végétantes, ulcéreuses, cicatricielles : nous avons vu celles-ci minées par ces tunnels épithéliaux folliculaires qui s'accompagnent d'une inflammation épidermique se traduisant par une hyperacanthose énorme, et d'un état inflammatoire du derme. C'est l'appareil pilo-sébacé qui de bout en bout domine et commande le processus. La glande sébacée fond et disparaît au bout d'un certain temps à la suite des phénomènes d'infection chronique et d'inflammation. Mais tout autour de l'invagination épidermique profonde s'organise tantôt un processus cicatriciel, tantôt une réaction fibreuse intense, tantôt un stade inflammatoire végétant, d'où la diversité clinique des lésions. Faisons remarquer qu'au stade végétant et ulcéreux le tableau clinique est assez voisin de celui des pyodermites végétantes, et que peut-être dans certains cas il s'agit d'une seule et même affection.

Mais s'il s'agit vraiment d'une acné, à quel microbisme obéit-

elle ? Ne s'agirait-il pas d'une de ces formes encore à l'étude d'acné d'origine tuberculeuse possible étudiées par Ramel ? Nous ne le pensons pas. L'histologie de toutes nos coupes parle contre cette hypothèse. Nulle part, on ne trouve la moindre trace de formations non seulement tuberculeuses, mais même tuberculoïdes, pas même dans ces lésions végétantes où l'on eût pu s'attendre logiquement à les rencontrer. Nous avons 18 inoculations à des animaux divers : cobayes, lapins, singe, coq, inoculations pratiquées sous la peau, dans le muscle, dans le péritoine, dans le cœur, inoculations en série, aux cobayes, poursuivies pendant trois ans. Toutes ont été négatives, sauf chez un lapin où l'inoculation au testicule et dans le muscle de la sérosité des lésions ulcéro-végétantes, fourmillant de microbes, de spirilles, de tréponèmes, a déterminé la formation d'abcès aboutissant à une nécrose totale, sans la moindre réaction tuberculoïde, sans le moindre bacille de Koch. La tuberculose nous paraît pouvoir être complètement écartée.

Existe-t-il un autre microbe pathogène ? Hors les dernières lésions végétantes et ulcéreuses, toutes les autres étaient presque amicrobiennes, ne contenant que de très rares staphylocoques blancs et dorés. Et toutes ces lésions inoculées aux animaux n'ont jamais rien reproduit, pas plus une tuberculose qu'une autre infection.

Les lésions ulcéreuses et végétantes, par contre, montrent une richesse microbienne, spirillaire, tréponémique extrême, mais toute cette flore paraît secondaire et non pathogène, flore d'accompagnement.

Comment comprendre d'autre part que des staphylocoques blancs ou dorés, si rares, puissent produire semblables lésions ? Et pourtant encore, l'acné *conglobata* nous paraît être une entité morbide bien particulière. Dans les cas assez rares publiés jusqu'ici, les lésions sont, à quelques variétés d'aspect près, constantes d'un cas à l'autre. Le cas que nous publions aujourd'hui nous paraît un de ceux où le tableau clinique est le plus complet et le plus complexe.

Sans renoncer à chercher un parasite hypothétique, je crois que c'est plutôt l'étude du terrain qu'il faut entreprendre et qui doit certainement jouer un rôle capital. C'est ce que nous allons essayer de faire chez notre malade qui, malheureusement, cultivateur indocile et négligent ne se prête que malaisément à une hospitalisation qui serait nécessaire.

Un mot sur la dénomination d' « acné *conglobata* ». Si elle rend hommage à son créateur, Lang, qui a vu le premier ce type morbide, elle ne nous paraît pas très heureuse, et très insuffisamment descriptive. Elle convient peut-être aux lésions phlegmoneuses et aux abcès possibles, mais n'indique ni les formations fibreuses ni les lésions végétantes serpigineuses. Nous préférons pour notre part la dénomination *d'acné à productions fibreuses hyperplasiques et ulcéro-végétantes, serpigineuses, cicatricielles.*

Disons enfin, au point de vue du traitement que seuls l'alcool iodé et une pâte soufrée forte, à 10 0/0, nous ont donné de bons résultats contre les lésions végétantes et ulcéreuses et en ont amené assez rapidement la cicatrisation.

LES CONDYLOMES INNOCENTS ET ÉPHÉMÈRES DE L'ANUS

Par Paul CHEVALLIER,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Cochin.

A. FIEHRER, et L. ELY,
Interne des hôpitaux. Chef de laboratoire.

Les condylomes, rares, que nous décrivons, ont dû être déjà vus. Mais nous ne les avons pas trouvés décrits dans les traités (1). Nous n'avons étudié spécialement que ceux qui se développent à l'anus mais nous pensons que quelques-unes des végétations qui se trouvent près de la bouche, sur une paupière, etc., rentrent dans le même cadre, ayant le même aspect clinique. Au premier abord on croirait des « végétations » vulgaires. C'est en opposition de celles-ci que nous allons esquisser le tableau clinique des condylomes innocents et transitoires.

1° L'origine non vénérienne. — Les « végétations » vulgaires sont vénériennes, ou, tout au moins, contagieuses. Nous savons parfaitement qu'on en a discuté récemment la contagiosité. D'accord avec les observations anciennes, nos propres observations (jeunes mariés contaminant leur femme, etc.) sont trop nettes pour que nous nous attardions à discuter cette opinion.

(1) Besnier et Doyon écrivent (Traduction de Kapsi, en note) : « A coté de ces condylomes vénériens, mais bien distincts par l'aspect, l'évolution, etc., se placent les *végétations de la grossesse*, que l'on rencontre à la vulve, aux aines, et puis aux plis ano-génitaux. Variables de formes, planes, irrégulières, fongiformes, etc., elles atteignent parfois un assez grand développement. Leur durée est *éphémère*, et elles disparaissent, d'ordinaire, spontanément après l'accouchement. Leur production dépend de l'action d'un des éléments microbiens qui peuvent évoluer dans les sécrétions vaginales de la grossesse ». Nous n'avons, jusqu'à présent, vu chez la femme que des végétations ordinaires (condylomes vénériens) dont l'exubérance cesse généralement après l'accouchement.

Les condylomes qui nous occupent ne sont pas vénériens ; ils ne paraissent pas contagieux.

Ils paraissent cependant infectieux. On a l'impression qu'ils sont dus à un microbe venu de l'intestin.

On peut les rencontrer à tout âge, y compris chez les bébés. Autant que je puisse en juger par le peu d'observations que je possède — les sujets qui en sont atteints sont généralement en puissance d'infection tuberculeuse, mais d'une tuberculose d'évolution lente et même favorable. Si l'origine tuberculeuse peut être une hypothèse plausible, il ne s'agit pas en tout cas de ce qui a été décrit ni sous le nom de *papilloma tuberculosum* ni, évidemment, de ce qui est connu sous le nom de tuberculose verruqueuse.

2° La disparition spontanée. — Les « végétations » vulgaires, vénériennes, s'accroissent, ou, tout au moins, persistent. Elles ne se flétrissent spontanément que dans un nombre infime de cas et après un temps extrêmement long. Pour en venir à bout, il faut les couper de façon convenable, les détruire complètement ; ou, contre les semis récidivants, avoir recours à des procédés spéciaux comme les applications très prolongées de poudre de sabine.

Les condylomes innocents sont spontanément transitoires. Ils durent quelques mois, puis diminuent et disparaissent, sans qu'on ait mis en cause que des médications banales, comme de petits lavages antiseptiques ou des applications d'alcool dilué.

3° Le siège. — Les végétations vénériennes, qui sont avant tout génitales, peuvent être péri-anales et même, rarement, exclusivement péri anales. Elles essaiment alors, de façon anarchique, sans topographie descriptible, aussi bien dans les plis de l'orifice anal, que sur la peau du périnée.

Les condylomes innocents et transitoires se trouvent en cercle, complet ou fragmenté, mais assez régulièrement disposés autour de l'orifice anal, immédiatement à son pourtour extérieur. Leur essaimage est à l'entour et nul ou très modéré.

4° L'aspect clinique. — Les végétations vénériennes sont sèches, (à moins qu'elles ne soient macérées), granuleuses, mûriformes et acuminées, grisâtres, fermes, pédiculées dès qu'elles atteignent un certain volume : la comparaison avec des choux-fleurs est classique et excellente.

Les condylomes innocents et transitoires n'ont jamais un tronc

étroit ; leur base d'implantation est large ; en règle même c'est la partie la plus large de la tumeur. — Leur couleur est celle de la peau ou un peu plus pâle ; je ne les ai jamais vues rouges ni roses. — Leur surface est presque lisse sans excroissances papillomateuses nettes ; la peau qui les recouvre paraît normale. — La consistance est ferme mais résistante ; elle est plus succulente que celle des végétations vénériennes ; c'est une nuance, mais le plus souvent cette nuance est nette. — Leur forme est variable ; leur taille toujours modérée. Le plus souvent les éléments sont isolés. Ils sont alors assez petits bien que très saillants ; leur base est de l'ordre de grandeur d'un à quelques millimètres, en général. Leur extrémité est arrondie, ou en pointe, et alors d'aspect kératosique. En somme ils se présentent comme des épines.

Parfois les éléments sont plus globuleux, arrondis. Ils forment alors, en général, des placards qui ne se présentent pas comme des choux-fleurs petits ou gros, mais comme des crêtes de coq : cette comparaison est ici beaucoup mieux justifiée que pour les végétations vénériennes.

Le placard qui entoure l'anus dont nous reproduisons la photographie semble une sorte de crête de coq retombant du côté opposé à l'anus. La zone interne est à peine bosselée, la zone externe nettement mamelonnée. Ces mamelons ne sont que légèrement déjetés en dehors lorsqu'on écarte les fesses ; ils sont attachés à la peau par une large base commune à tout le placard.

L'indolence est parfaite.

5° L'ANATOMIE. — Les végétations vénériennes montrent, sous un épiderme très épaissi, par hyperacanthose, des papilles d'une grande longueur, en bouquets ramifiés, et un pédicule conjonctif d'apparence normale ; il est rare de trouver dans le derme des infiltrats inflammatoires et on a l'impression qu'ils sont dus à une infection surajoutée. Ce n'est pas sans raisons qu'Unna a considéré les végétations vénériennes comme une affection épidermique, le derme ne s'hypertrophiant que pour suivre l'hypertrophie de l'épiderme.

La structure des condylomes innocents et transitoires est différente. La surface est ici assez régulière, là dentelée, mais alors même que des papilles cutanées saillent, elles sont séparées par des vallées peu profondes. A côté de papilles dermiques très allongées on trouve les autres à peine hypertrophiées ou normales, les pre-

mières sont surtout à l'extrémité de la tumeur, les autres sur les flancs. L'épiderme est épaissi grâce à une hyperacanthose nette; dans la couche de Malpighi on ne trouve guère de mitoses mais un grand nombre de cellules à noyau contenu dans une vacuole; cet aspect fait figure d'artefact.



Fig. 1. — Végétations innocentes et éphémères du second type (en crête de coq, et non en épines). Cas de l'enfant rapporté ci-contre.

La lésion essentielle est dermique. L'axe tumoral, grossièrement configuré en tronc de cône à sommet arrondi et hérissé de

papilles allongées, est entièrement formé de la couche papillaire enflammée. Outre un léger degré d'œdème, des vaisseaux assez nombreux, on est frappé de l'abondance des cellules conjonctives ; ces histiocytes ont un beau noyau allongé ou en haricot et sont généralement allongés (et non réticulés) ; ils sont appliqués sur de minces fibres connectives, bien visibles à la coloration au bleu de Masson, fibres qui sont dans l'ensemble à peu près parallèles à la direction de l'axe de la tumeur ; certains histiocytes ont un noyau gonflé. Tout ce tissu conjonctif jeune et légèrement altéré est semé de lymphocytes. *L'infiltration lymphocytaire et intense, diffuse*, sans amas, ni tassements péricapillaires. — Les cellules rondes sont très nombreuses dans le pied et le corps du condylome ; elles se font assez rares à l'extrémité des papilles. Aucune plasmazelle, aucun neutrophile, aucun éosinophile, aucune mastzelle ; pas de fibrose ; absence de formations élastiques.

Notre attention sur les condylomes innocents et transitoires a été attirée par le cas suivant : Je soignais depuis quelques années une dame, d'une quarantaine d'années, pour une tuberculose torpide à manifestations hypodermiques (sus-malléolaires) et pulmonaires ; comme elle souffrait en même temps d'hémorroïdes légères, j'avais eu l'occasion d'examiner son anus. Or, un jour, après une période d'asthénie fébrile sans aggravation nette des tuberculoses locales, elle me signala une recrudescence insolite d'hémorroïdes, sans douleurs ni hémorragies. L'examen montrait un cercle péri-anal d'une dizaine de condylomes en épines ou en pyramides, lisses, blancs, demi-fermes. Malgré l'aspect insolite, je fis le diagnostic de végétations vénériennes et proposai l'ablation : refus. Quelle ne fut pas ma surprise de m'entendre affirmer, 6 ou 8 mois plus tard, que, sous l'influence de lavages avec une eau légèrement antiseptisée, tout avait disparu. Et c'était exact.

Depuis, j'en ai observé deux autres cas chez des tuberculeux. Chez l'un d'eux, j'ai pu prélever une végétation dont l'axe était lymphocytaire et chez l'autre, j'ai vu se flétrir et disparaître les excroissances.

Le dernier cas, observé à l'Hôpital Cochin, concerne un bébé d'un an et les condylomes avaient une ampleur inusitée. Le début des accidents se fit vers l'âge de 8 mois ; les parents ont remarqué autour de l'anus de petits gonflements qu'ils comparent à de tout petits œufs ; parfois l'enfant se grattait. Au moment où nous l'examinons, les lésions étaient plus développées en avant qu'en arrière et formaient un grand placard verruqueux. L'aspect clinique et l'examen histologique étaient ceux ci-dessus décrits.

Père paludéen ; mère métisse de Français et d'Indienne de la Guyane, toujours très fatiguée (non examinée complètement). Formule sanguine

du bébé normale pour son âge (neutrophiles 15,5, éosinophiles 2, lymphocytes 27,5, monocytes 55) ; aucun signe apparent de tuberculose. Notre très distingué confrère, le Dr Sauret qui nous adresse le malade, avait prescrit des compresses alcoolisées ; ayant fait le diagnostic de condylomes temporaires, nous conseillons de continuer ce traitement. Après 9 jours « les végétations, nous écrit le père, ont presque complètement disparu. M. le Dr Chevallier m'avait dit de continuer de toucher le bobo à l'alcool et, depuis ma visite, les végétations disparaissent à vue d'œil. L'enfant n'en paraît pas affecté ; il donne seulement l'impression que c'est un peu douloureux quand on fait sa toilette et tout de suite après qu'il a sali sa couche. » Seize jours après la première visite de l'enfant, la guérison est presque complète ; il n'existe plus qu'une légère infiltration de la peau, d'apparence normale. En un mois, la guérison est complète, comme nous avons pu nous en assurer nous-mêmes.

UNE AUTRE VARIÉTÉ DE FAUSSES VÉGÉTATIONS VÉNÉRIENNES, LES PETITS GRANULOMES SAPROPHYTIQUES ÉPHÉMÈRES DE L'ORIFICE HYMÉNÉAL

Il existe encore une autre variété de « végétations » bénignes et éphémères que nous avons vues siéger aux organes génitaux. Elles nous semblent extrêmement rares.

Elles sont constituées par des tumeurs sessiles, à base d'implantation assez large, de taille petite (1 à 3 millimètres de diamètre en général), non acuminées mais arrondies, c'est-à-dire sensiblement sphériques, à surface nettement mûriforme c'est-à-dire formée de petits mamelons juxtaposés, de consistance ferme assez voisine de celle des petites végétations vénériennes idiopathiques, de couleur rose avec des points rouges subérodés. Je ne les ai, en effet, vues qu'enflammées et à l'entrée du vagin des femmes atteintes d'infection génitale. Elles n'ont cependant aucun rapport avec la blennorragie et disparaissent par de simples soins de propreté.

Je puis en rapporter une belle observation, très démonstrative dans sa rareté.

Une belle jeune fille d'une vingtaine d'années m'est amenée par sa mère parce qu'elle a des pertes fétides et que ses règles sont pénibles. L'examen montre l'orifice hyménéal barré par une sorte de corde dure, de la grosseur d'un crayon ordinaire, qui se dirige de haut en bas et de droite à gauche. En dehors d'elle, en haut à droite et en bas à gauche, deux petits orifices faisant passer l'extrémité d'une petite pince de

Kocher. Pertes fétides et brunâtres qui me paraissent dues à la fermentation dans le vagin du sang menstruel qui s'écoule mal. Après section de la bride, on découvre sur tout le revers de l'hymen une dizaine de petites végétations mûriformes et irritées. Je prescris des injections légèrement antiseptiques et donne rendez-vous dans quelques semaines pour détruire les végétations. Un mois plus tard, j'eus la surprise de trouver des muqueuses parfaitement normales. Un frottis des pertes montrait une flore abondante et très variée, sans cocci Gram-négatifs. La guérison s'est maintenue parfaite ; l'ancienne malade est aujourd'hui mariée et mère de famille.

L'aspect de ces granulations éphémères les rapproche des granulations « trachomatoïdes » qui sont décrites dans les blennorragies, en particulier dans l'urèthre. Mais elles sont plus isolées, plus rondes, et, comme le cas précédent en atteste, ne sont pas liées à une blennorragie aiguë ni chronique. Nous n'en avons pas fait d'examen histologique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENÈSE DE LA DERMATOSE STRIÉE. PHOTODERMITE ACTINO-CALORIQUE CHLOROPHYLLIENNE

Par Milan KITCHEVATZ
Docent de dermatologie et vénéréologie à l'Université de Belgrade.
(Travail de la Clinique dermato-vénéréologique de Belgrade, professeur Gj. Gjorgjevic).

Le 7 août 1931 nous avons eu l'occasion de voir un malade, P. N., âgé de 30 ans, qui présentait une dermatose de morphologie suivante : sur la peau de l'abdomen du côté droit de l'ombilic une pigmentation sous forme de lignes assez régulières ; leur largeur est de 4 millimètres et leur longueur maxima 70 millimètres. On dirait qu'il s'agit de quatre lignes qui s'entrecroisent donnant une figure bizarre de forme un peu compliquée à décrire (photo 1). A l'extrémité ainsi qu'aux endroits de croisement de ces lignes la pigmentation est plus large allant jusqu'à 14 millimètres et montrant à la partie centrale un certain nombre de vésicules de petite taille. La pigmentation s'est produite dans une peau normale.

En examinant la peau du malade on trouve encore une tache ronde pigmentée sur la ligne médiane à 45 millimètres de l'ombilic, en haut, d'un diamètre de 6 millimètres et avec quelques petites vésicules au centre (cette lésion est aussi visible sur la photo 1). De même, dans la région lombaire droite on remarque trois lignes pigmentées se croisant sous la forme d'un triangle dont la base est de 58 millimètres et les côtés de 48 millimètres et 56 millimètres. La pigmentation brune de ces lignes n'est pas de même largeur et de même intensité sur toute leur longueur.

Ayant vu ce cas nous avons posé le diagnostic de cette dermatose rare que les auteurs allemands ont nommé *Wiesenpflanzendermatitis, Bade-dermatitis* ou *bullöse Freibad-und Wiesendermatitis* et dont quatre cas seulement ont été publiés en France sous le nom de *dermatose bulleuse* des *bains de soleil dans les prés*. Ce cas est le premier observé en Yougoslavie.

L'histoire du malade nous donne en effet la confirmation de ce diagnostic. Il avait pris un mois auparavant, au mois de juillet, un seul bain dans le fleuve Sava qui a son embouchure dans le Danube près de Bel-

grade. Son bain a été pris en caleçon de bain sur une petite île. Après le bain il s'est couché sur le sable couvert d'herbe, pour prendre son



Photo 1. — Photodermite actino-calorique chlorophyllienne.

bain de soleil. Ensuite il est allé encore deux ou trois fois dans l'eau. Sorti de l'eau il s'est séché au soleil sans s'essuyer. Tout le bain a duré de 15 à 17 heures sous un soleil très fort.

Le malade a pris ce bain de soleil conseillé par son médecin pour le traitement de son vitiligo. Avec lui étaient encore cinq camarades qui n'ont rien remarqué de semblable sur leur peau.

Quant à notre malade, il n'a personnellement rien remarqué et c'est sa femme qui a attiré son attention deux jours après le bain sur cette dermatose qui avait la même forme que le jour où nous l'avons vue, mais qui qui était d'une couleur rouge carminé. L'érythème a duré environ deux jours, s'atténuant peu à peu pour laisser place à une pigmentation que nous avons décrite.

Comme le malade connaissait exactement la place où il avait pris son bain de soleil et qu'il connaissait la plante qui poussait à cet endroit, nous avons essayer de chercher l'étiologie de cette dermatose dans ce cas particulier par l'application de l'herbe cueillie à l'endroit même. La plante en question est *Polygonun avicularc* qui aime les endroits de terre maigre et le sable.

Nous avons fait l'application de cette herbe sur le dos du malade, mais après 24 heures, ainsi que le jour suivant il n'y eut aucune réaction à constater.

Le 15 février 1933 nous avons eu l'occasion de revoir le malade, soit une année et demie après sa dermatose. On constate encore de légères traces de pigmentation dans la région abdominale, ainsi que la tache ronde située au-dessous de l'ombilic. Nous profitons de cette occasion pour faire des expériences dans le but de contribuer à la question de l'étiologie et de la pathogenèse de cette dermatose et nous en publions ici les résultats.

*
* *

C'était Oppenheim (de Vienne) qui a décrit pour la première fois en 1926 cette dermatose après le bain en plein air chez des sujets s'étant couchés sur l'herbe. Après lui, plusieurs auteurs allemands ont publié des cas du même ordre. Dans la littérature française c'est Mlle Ullmo (de Strasbourg) qui a publié le premier cas (1) et après elle, Lanzenberg (de Strasbourg) (2) qui a communiqué deux cas de la même affection. Une revue de cette question, ainsi qu'une description classique de cette dermatose a été donnée par Oppenheim (3).

L'étiologie a été le sujet de nombreuses recherches sans aboutir à une réponse sûre et à l'abri de toute critique. Avec les premiers cas publiés Oppenheim a pensé à une analogie avec les dermatoses provoquées par les Acariens, mais comme les recherches dans cette direction avaient donné les résultats négatifs l'auteur pensa à un

phénomène d'hypersensibilité envers certaines plantes. La même idée a été reprise par tous les auteurs qui se sont efforcés de reproduire expérimentalement la même affection. Ainsi nous trouvons chez différents auteurs les recherches faites dans ce sens. Hartmann et Briel (de Francfort (4) en publiant une communication sur 40 cas observés en 1927 rappellent la publication de Nægeli (de Berne) (5) sur la dermatose — *exanthema caniculare* — survenue chez les baigneurs du lac de Constance sous forme de taches rouges urticariennes ou vésiculeuses à leur centre localisées sur les extrémités et le tronc pendant que le visage, le cou et les mains restent sains et sans lésions ; cette dermatose fait son éruption pendant le bain ou la nuit suivante et Nægeli incrimina pour son étiologie le plancton animal des parties supérieures de l'eau du lac. Dans le même ordre d'idées pensant qu'il s'agit d'une dermatose allergique et se basant sur la publication d'Edel à propos de l'apparition d'une dermatose érythémateuse et érythémato-bulleuse chez 20 soldats survenue après que ceux-ci avaient arraché un plant de panais, Hartmann a essayé de reproduire chez ses malades la dermatose en question en appliquant soit sur la peau sèche les feuilles fraîches des plantes incriminées soit par frottement de la peau avec les extraits de ces plantes sans pouvoir reproduire le tableau clinique de cette affection. Siemens (6) (de Munich) en communiquant ses 9 cas pense aussi à un phénomène de sensibilisation aux plantes des prés. Vu que la durée d'incubation est la même et le tableau clinique identique, l'auteur considère qu'il s'agit le plus probablement d'une cause unique et incrimine avant tout le Carex (*Riedgras dermatitis*), li attribue ainsi un rôle aux feuilles qui lèsent la peau par leurs bords tranchants. Il souligne — de même que Hartmann et Briehl — le rôle possible de la peau mouillée par le bain. Phyladelphy (7) (de Innsbruck) rapporte cinq cas et les expériences faites en appliquant sur la peau des feuilles fraîches de quatorze plantes différentes cueillies à l'endroit où le bain a été pris. 12 heures après, au point d'application d'Achillée (*Achilea millefollium*) il montre un érythème légèrement urticarien en forme de feuille. Un extrait alcoolique de la même plante donne au même malade une semaine plus tard une dermatose bulleuse circonscrite. Dans un autre cas les mêmes expériences avec les feuilles sur la peau sèche ou mouillée ou irradiée après l'application par

les rayons ultra-violets ont donné un résultat négatif et l'application de l'extrait alcoolique seulement un léger érythème. L'auteur pense que ce sont les feuilles et non les fleurs qui provoquent la dermatose et que la peau mouillée et irritée par le soleil facilite la pénétration des matières nocives de la plante dans la peau. Touton (8) s'occupe dans son article de la cause des exanthèmes survenus pendant le bain en rappelant les cas de Nægeli, ainsi que les malades de Hansen qui ont montré une dermatose après les bains dans le Rhin et le Main. Les cas de Hansen sont relatifs à une dermatose urticarienne généralisée et compliquée d''eczématisation et de formations bulleuses. L'auteur passe à un cas où il s'agit d'une idiosyncrasie envers *Ceratophyllum* due à son revêtement siliceux et rappelle que Siemens, Marx, Rock, Oppenheim et Fessler et Fœrtig étudiant la question de la dermatite striée ont également souligné l'importance du type aigu des feuilles des herbes dont la surface est plus ou moins siliceuse. Oppenheim et Fessler (9) en reprenant cette question ont essayé l'application des plantes (feuilles, tiges, fleurs) ou de leurs extraits alcooliques ou aqueux sur la peau scarifiée, mouillée et irradiée par les rayons ultra-violets ou par exposition au soleil et avant l'expérience, mais sans réussir à produire une réaction. Ils cherchent ensuite une réponse dans l'irritation de la peau par les bords siliceux des herbes et appliquent NaSi cristallisé, ainsi que l'acide silicique sur la peau normale ou scarifiée. Ils obtiennent chez deux malades une irritation semblable à celle de la dermatite striée avec formation de petites vésicules sur un fond érythémateux. Les auteurs concluent qu'il est possible que la dermatose des bains soit une réaction de sensibilisation aux herbes contenant de l'acide silicique, mais que d'autres circonstances, disposition individuelle et facteurs extérieurs, sont importantes. Urbach (10) conteste l'exactitude de ces expériences, parce que les plantes ne contiennent pas NaSi, mais seulement SiO^2 qui se trouve englobé dans les cellules et il pense qu'il s'agit d'une allergie physique, c'est-à-dire à l'action mécanique des sycomes silicifiés des herbes. Ganz (11) (de Heidelberg) applique quatorze plantes différentes parmi lesquelles l'Achillée et obtient avec cette dernière 24 heures après, une réaction inflammatoire avec formation de vésicules qui cèdent la place à une pigmentation visible encore trois mois après l'application. Le même résultat est obtenu par

l'Achillée bouillie ainsi que par les extraits éthérés des feuilles. Phyladelphy (12) essaye l'application de 6 plantes, dont l'Achillée, application sèche ou humide après irradiation au soleil ou aux rayons ultra-violets, sur la peau normale ou scarifiée et irradiée par les rayons ultra-violets. La peau étant érodée par le sable à certains endroits, les plantes ont été frottées contre la peau, mais toutes ces expériences ont donné une réponse négative. Les extraits alcooliques et éthérés donnent les mêmes résultats. L'application de l'Achillée (feuilles et extraits de feuilles) pendant l'attaque paludique ne donnent aucun résultat. L'auteur conclut que la dermatite striée ne se manifeste que sur un nombre excessivement petit de baigneurs et il constate que l'on ne peut trouver une sensibilité individuelle régulière et que d'autres influences doivent être prises en considération telles que les circonstances météorologiques, les processus chimiques de la plante sous l'influence de la rosée et du soleil, de la sueur, le rôle des animaux vivant sur l'herbe et les plantes souillées par l'urine. Oppenheim (3) communique un cas où on a fait l'épreuve de l'application de la fleur de marguerite ou de rape avec résultats positifs et conclut que la cause pourrait résider dans une hypersensibilité à l'égard des diverses plantes et peut-être aussi à l'égard d'autres facteurs. Alice Ullmo (1) pense aussi à l'influence nocive des herbacées. Lanzenberg (2) considère également cette dermatose comme étant provoquée par les herbes lors d'un bain de soleil.

Après avoir passé en revue les recherches qui ont été faites on note que les auteurs trouvent l'explication de la pathogenèse et de l'étiologie dans une sensibilité particulière envers les plantes comme pour les autres toxicodermies. Cette dermatose survient sous l'effet nocif de la plante soit qu'il s'agisse d'une cause toxique d'ordre chimique ou d'ordre physique ou physico-chimique. Vu la monomorphie clinique, l'identité du temps d'incubation on est incliné à croire à une même cause étiologique pour tous ces cas. Plusieurs espèces de plantes sont incriminées. On parle toujours d'une hypersensibilité mais les réactions allergiques ne concordent pas avec les faits qu'on est habitué à rencontrer en matière de dermatoses allergiques. Pourquoi cette divergence ? Probablement parce que les hypothèses étiologiques concernant cette dermatose ne sont pas exactes. Il y a en réalité plusieurs remarques à faire à ce propos.

Tout d'abord il y a des malades qui présentent la dermatose dès leur premier bain — comme c'est le cas chez notre malade — donc sans contact préparant préalable. On pourrait objecter à cette remarque qu'il peut s'agir d'un phénomène d'idiosyncrasie, mais il est étonnant qu'elle ne se manifeste pas par une symptomatologie plus intense étant donné le contact de la plante avec une grande surface de la peau. La forme des feuilles et des tiges *calquées* sur la peau ainsi que la pigmentation de même forme parlent en faveur d'une autre cause étiologique.

Nous avons tourné cette question en cherchant *la cause étiologique commune* non dans l'effet nocif des plantes mais dans celui de *la lumière* qui par l'intermédiaire d'*un photosensibilisateur* produit la dermatose sur un sujet susceptible. Comme le facteur lumière se trouve dans tous les cas c'est le photocatalyseur qui doit être aussi trouvé dans tous ces cas. Ainsi au lieu de chercher une plante unique dans l'histoire de tous ces malades (ce qui d'ailleurs n'est pas le cas) on cherche un catalyseur unique présent dans toutes les herbes. Y en a-t-il un ? Oui, c'est *la chlorophylle*. Elle est présente dans toutes les plantes incriminées. Il reste encore un second facteur : le sujet susceptible. Dans notre cas ainsi que dans un cas d'Oppenheim il y avait un vitiligo dont nous connaissons la corrélation avec une sensibilité à la lumière.

*
* *

Le rôle de la chlorophylle comme photocatalyseur dans l'assimilation de CO^2 par les plantes est bien connu. D'après les recherches de Willstädter on distingue comme matière colorante des plantes vertes deux espèces de chlorophylle, la chlorophylle A de formule $C^{55}H^{70}O^{5}N^{4}MG$ et la chlorophylle B de formule $C^{55}H^{70}O^{6}N^{4}MG$, ainsi que deux substances qui les accompagnent, la carotène et la xanthophylle. La chlorophylle absorbe les radiations rouges du spectre solaire, radiations les plus actives, ainsi que la partie jaune et orangée du spectre. Les rayons les plus actifs sont ceux à longueur d'onde 350-675 correspondant à la région C de la raie du spectre. Le spectre d'absorption de la chlorophylle montre trois bandes dans la partie jaune, orangée et rouge avec une prédominance pour les rayons rouges.

La chlorophylle est une substance *sensibilisatrice* facilitant l'utilisation de la lumière solaire dans l'assimilation de CO^2, tout particulièrement des rayons rouges de la lumière solaire. Une propriété chimique spéciale des rayons est due à ce que les rayons correspondants sont absorbés dans le cas donné, donc dans l'assimilation de CO^2, ce sont les rayons rouges du spectre qui sont chimiquement actifs. On a le meilleur exemple de l'activité chimique des rayons rouges dans la photographie infrarouge où les plaques sont sensibilisées par un colorant jouant le rôle de photocatalyseur pour les rayons rouges qu'il absorbe.

La théorie ainsi posée pourrait être appliquée à tous les cas en cherchant les trois facteurs : *la lumière*, le *photocatalyseur* et *un sujet susceptible* et elle réalise les conditions pour la reproduction expérimentale de cette affection cutanée. Nous avons tâché de le faire chez notre malade une année et demie après sa dermatose croyant que sa susceptibilité existait toujours — puisque son vitiligo existait aussi. Les deux autres facteurs sont toujours facilement applicables.

*
* *

Expériences.

La disposition de l'expérience est *d'abord l'application du photosensibilisateur sur la peau du malade et ensuite l'irradiation par la lumière*, par opposition à ce qui a été réalisé dans les expériences faites jusqu'à présent par d'autres auteurs qui ont d'abord irradié la peau et appliqué la plante ou les extraits ensuite.

Comme photocatalyseur nous avons employé l'extrait aqueux et alcoolique de feuilles d'épinard (*Spinacea oleacea*), seule plante riche en chlorophylle qu'on puisse récolter au mois de février dans notre région.

D'autre part, nous avons employé aussi la solution alcoolique de chlorophylle du commerce diluée aux taux de 1 o/o, 2 o/o, 5 o/o, 10 o/o, 25 o/o et 50 o/o.

Les irradiations par la lumière ont été obtenues au moyen d'une lampe de quartz à vapeur de mercure riche surtout en rayons ultra-violets et par la lampe Pannexol pour l'irradiation par les rayons rouges.

Le 17 février 1933 nous appliquons sur la peau du dos du malade symétriquement des deux côtés un tampon d'ouate imbibé d'extrait d'épinard. Des aires quadrangulaires de la peau ont servi aux expériences et au contrôle.

La peau de l'endroit de l'application a été préalablement préparée soit par un léger grattage de l'épiderme, soit par un frottement au moyen de gaze hydrophile mouillée. L'irradiation a été faite



Photo 2. — On remarque distinctement la différence entre l'endroit de contact avec l'extrait d'épinard et de la peau environnante.

une heure après l'application avec une lampe de quartz à vapeurs de Hg du côté gauche pendant 5 minutes et du côté droit pendant 2 minutes. La lecture des résultats a été faite 16 heures après et on constate que les places du contact de l'extrait d'épinard montrent un érythème d'intensité plus grande que celui de la peau environnante. Comme contrôle nous avons eu deux aires de peau préparées de la même manière et irradiées de la même manière sans applica-

tion d'extrait; ces deux aires montrent un érythème plus léger que les endroits d'application. Le jour suivant nous répétons l'application de l'extrait avec la même technique et ajoutons encore sur de nouveaux endroits un contrôle supplémentaire, l'application d'un tampon imbibé d'eau distillée.

D'autre part, nous appliquons un tampon imbibé d'extrait mais sur une peau normale non préparée. Irradiation analogue à la précédente, lecture 17 heures après. Résultats : les surfaces à extrait sur la peau préparée montrent un érythème plus fort que la peau environnante et du contrôle, donc résultats *positifs* (*photo 2*). Sur la peau non préparée mais à extrait appliqué les résultats sont *négatifs*, de même que le contrôle. Les jours suivants on remarque que les érythèmes survenus aux endroits d'application de l'extrait changent et deviennent des taches pigmentées brunâtres ne disparaissant pas à la pression et qui persisteront encore 2 mois après l'expérience.

Ces expériences montrent :

1° que l'extrait chlorophyllien appliqué sur une peau préparée s'imbibant dans les parties profondes sensibilise ces endroits de la peau vis-à-vis de l'irradiation;

2° que l'application sur l'épiderme sain et normal ne donne pas lieu à une réaction positive et

3° que l'aggression mécanique seule ne donne pas lieu à une réaction positive de la part de la peau.

Après cette première expérience nous avons poursuivi les recherches au moyen de solution alcoolique de chlorophylle du commerce parallèlement avec l'extrait alcoolique d'épinard. Coloriquement comparé ce dernier correspondait à la solution à 2 o/o de la chlorophylle du commerce dans l'alcool.

Le 21 février nous appliquons sur 4 aires de la peau préparées des tampons d'ouate imbibés de 1 cm^3 d'extrait alcoolique d'épinard, ainsi que de 1 cm^3 de chlorophylle à 1 o/o, 2 o/o et 5 o/o. Après quatre heures et demie d'application on remarque sur chaque place une tache verte correspondant au contact de la solution mais sans aucune réaction inflammatoire. Nous ajoutons à chaque tampon déjà sec de nouveau 1 cm^3 de la solution correspondante. 30 minutes après on fait l'irradiation par la lampe de quartz à vapeur de Hg pendant 5 minutes. La lecture des résultats, 16 heures

après l'irradiation montre que toute la surface irradiée (15 cm. × 15 cm. de peau) présente un érythème; les parties de la peau qui ont été en contact avec les solutions alcooliques de chlorophylle sont beaucoup plus rouges. La plus grande intensité de la rougeur se trouve à la place de la solution de chlorophylle à 5 o/o. L'ex-



Photo 3. — La surface de la peau (15 × 14 cm³) irradiée par la lampe de quartz à vapeur de Hg. Erythème suivi de pigmentation de toute la surface plus intense sur les endroits de contact de l'extrait d'épinard (E) et des solutions alcooliques de la chlorophylle 1 o/o, 2 o/o et 5 o/o (Les cercles dépigmentés autour des places de contact proviennent du leucoplaste collé sur la peau servant à la fixation des tampons d'ouate).

trait alcoolique d'épinard et la solution montrent une rougeur de même intensité. La plus faible réaction est à l'endroit d'application

de la solution à 1 o/o. Cette rougeur sur la place de contact possède aussi un ton brunâtre. Le malade remarque que sur les places d'application il a la sensation de brûlure. Le jour suivant, l'érythème disparaît peu à peu et cède la place à une pigmentation brune d'intensité croissante et plus intense que celle des régions restées en dehors du contact chlorophyllien (voir *photo 3*). Cette pigmentation persiste encore 2 mois après l'application.



Photo 4. — Faite après la lecture des résultats le lendemain après l'irradiation de la peau par la lampe à vapeur de Hg. Erythème sur toute la surface irradiée distinctement plus intense sur les endroits de l'application de l'extrait d'épinard (E) ainsi que des solutions de la chlorophylle 1 o/o, 2 o/o et 5 o/o.

Le 5 mars nous exécutons une expérience analogue à la précédente. Les solutions alcooliques de chlorophylle ont été les mêmes, l'extrait alcoolique d'épinard était un peu moins concentré et correspondait approximativement à la solution chlorophyllienne à 1 o/o. L'irradiation a été faite 22 heures après l'application et sans nouvelle adaptation de chlorophylle. Durée d'irradiation 5 minutes par la lampe de quartz à vapeur de Hg. Lecture des résultats

14 heures après. Résultats analogues à ceux de l'expérience précédente (*photo 4*).

Le 7 mars nous appliquons sur la peau sur 4 places préparée les tampons imbibés de solution alcoolique de chlorophylle (5, 10, 25



Photo 5. — Côté *droit* : 4 surfaces (I, II, III et IV) carrées avec une tache érythémateuse à l'endroit de l'application d'une solution alcoolique de chlorophylle et après irradiation par une lampe à rayons rouges. On remarque, contrairement aux expériences précédentes, qu'il n'y a pas de rougeur sur toute la surface irradiée car la photosensibilisation pour les rayons rouges n'existe qu'aux endroits d'application de photocatalysateur, la chlorophylle.
Côté *gauche* : Sur trois surfaces (1, 2 et 5) d'application de la chlorophylle (5 o/o) une rougeur uniquement à l'endroit du contact. Les surfaces 3, 4 et 6 sont des contrôles (voir détails à la photo 6). La rougeur de forme irrégulière des parties centrales des deux côtés provient uniquement de la pression par le leucoplaste employé pour maintenir les tests. Comme on le verra, elle disparaît plus tard (voir la photographie suivante).



Photo 6. — Résultats le lendemain de l'expérience précédente.

En bas : les surfaces I, II, III et IV : application d'une solution alcoolique de chlorophylle (5, 10,25 et 50 o/o). L'érythème change vers pigmentation brunâtre. L'intensité est proportionnelle à la concentration. La peau environnante sans changement (La surface quadrangulaire sur la partie II provient d'une irritation par le leucoplaste du pansement de fixation de l'expérience d'en haut.

En haut à droite : Application sur la peau mouillée et après frottement avec une couche épaisse de 5 feuilles de papier filtre coupées sous forme de feuilles d'une plante et imbibées d'une solution alcoolique de chlorophylle (25 o/o). La durée d'application 20 heures. Après enlèvement du pansement de fixation on remarque à la partie supérieure de l'endroit de contact une surface ovalaire de couleur jaune pâle correspondant probablement à la partie de la peau avec le maximum de pression. Après enlèvement du pansement, irradiation par les rayons rouges 30 minutes. Sous l'action de l'irradiation la place est surélevée à la surface de la peau normale et suivie de formation bulleuse. La lecture est faite après 20 heures.

et 50 o/o). Après 18 heures nous irradions par *la lampe à rayons rouges* pendant 15 minutes environ (Nous disons environ car le malade se plaignant de la chaleur, nous avons fait des irradiations intermittentes). La distance de la lampe est de 10-20 centimètres. Lecture des résultats après 5 heures. On constate sur la surface de la peau irradiée quatre taches érythémateuses aux endroits du contact avec la chlorophylle (*photo 5*) — côté droit — (et *photo 6*). Les contrôles analogues à ceux de l'expérience avec les rayons ultra-violets sont négatifs. De plus, nous avons fait les mêmes expériences sur un sujet normal que nous avons pensé pouvoir considérer comme non susceptible et les radiations rouges sont restées sans effet sur les places où la chlorophylle était appliquée. On voit distinctement qu'avec la lampe de quartz à vapeurs de Hg, dont les irradiations contiennent en majorité des rayons ultra-violets mais à côté de ceux-ci aussi des rayons rouges, on obtient une rougeur sur toute la surface irradiée, mais plus intense sur les endroits où il y a eu contact avec la chlorophylle ; l'irradiation avec des rayons rouges produit un érythème uniquement aux endroits de contact. Il s'agit donc d'un effet de photosensibilisation aux rayons rouges par la chlorophylle.

La théorie que nous avons posée a trouvé sa confirmation dans les résultats de ces expériences. Donc en dermatologie aussi les rayons à courtes ondes ne sont pas uniquement actifs, mais ceux à ondes longues, les rayons rouges et infrarouges le sont d'une manière analogue. Les rayons ultra-violets ont leurs photocatalyseurs parmi les matières colorantes (p. ex. l'acridine), les rayons rouges en ont d'autres parmi les colorants (la chlorophylle).

*
* *

Comme il a été nécessaire de voir si dans le processus de l'assimilation par les plantes il y a encore un agent en dehors de la chlorophylle susceptible de produire sur la peau humaine le même effet de photosensibilisation pour les rayons rouges ou de le renforcer, nous avons exécuté une série d'expériences dans cette direction. L'intensité de la photocatalysation est-elle influencée par l'oxygène ou le CO^2 ?

Nous avons appliqué une solution alcoolique à 5 o/o de chloro-



Photo 7. — Faite 2 jours après la photo 5.

Disposition de l'expérience :

Surface 1 : Application de chlorophylle à 5 o/o (Chl).
Surface 2 : Chl + Oxygène (O).
Surface 3 : Application de l'oxygène (sous forme de H_2O_2).
Surface 4 : Contrôle sans aucune application.
Surface 5 : Chl + CO_2.
Surface 6 : Application de CO_2 (sous forme de neige carbonique sous pression).

La place de contact de la chlorophylle sous forme de taches de 18-20 mm. de diamètre de couleur rouge brunâtre, plus intense aux n°s 2 et 5. Les surfaces de contrôle 3 et 4 montrent une peau normale. La surface 6, tache ovalaire rouge de dimensions 5 × 10 mm.

phylle, puis irradié pendant 15 minutes (rayons rouges) durant lesquelles nous avons badigeonné avec de la neige carbonique. A côté, ont été préparées une zone de peau imprégnée de chlorophylle et irradiée et une zone de peau seulement irradiée et imprégnée de CO^2 servant de contrôle. La photographie 7 montre cette disposition. Résultats après 5 heures : érythème à la place imprégnée de chlorophylle seule, érythème plus intense où le CO^2 a ajouté son effet ; cependant le contrôle à l'endroit où il y a eu la seule action de CO^2 (sans chlorophylle) montre aussi un érythème ovalaire produit par l'irritation de la peau par l'action de la neige carbonique. Donc cette expérience n'est pas à être prise en considération comme réaction positive.

D'une manière analogue nous avons imprégné la peau avec de la chlorophylle et pendant l'irradiation nous avons badigeonné avec une solution à 3 o/o de H^2O^2 pour étudier l'action de l'oxygène qui en se dégageant agit à l'état naissant. L'action de l'oxygène est très nette : l'érythème est beaucoup plus intense que celui produit par la chlorophylle seule. Comme contrôle de l'action de l'oxygène seul nous avons appliqué la même solution de H^2O^2 et irradié la place avec les rayons rouges : nul érythème. La surface normale de la peau irradiée ne donne pas non plus de réaction. Ces deux expériences avec le CO^2 et l'O^2 sont données sur la photographie.

On voit donc que, au moins pour l'oxygène, l'action de ce gaz sur la photosensibilisation de la chlorophylle par les rayons rouges est renforçante.

La question de l'action de l'oxygène est importante parce que, à une lumière vive, nous avons comme résultante des échanges gazeux de l'*assimilation* et de la *respiration* une absorption de CO^2 et un dégagement de l'oxygène. Notre expérience est en concordance avec ce qui se passe dans la nature où par le dégagement de l'oxygène il y a une possibilité que l'action de photosensibilisation de la chlorophylle soit renforcée.

Afin de vérifier le rôle qu'Oppenheim et Fessler prêtent aux préparations siliceuses et qu'Urbach conteste nous avons appliqué après la préparation habituelle de la peau le silicate de soude cristallisé sur une surface de la peau et le coton de verre sur une autre partie préparée. La durée de l'application est 8 heures (le malade n'ayant pu les supporter davantage) ; le lendemain on

remarque aux places de l'application ainsi que sur la peau environnante un certain nombre de points rouges produits par l'irritation mécanique des cristaux et des particules. Quelques heures après l'irradiation aux rayons rouges et les jours suivants rien de spécial, les petits points rouges isolés disparaissent sans trace. Nous n'avons donc pas pu confirmer le rôle de NaSi ni celui d'une irritation mécanique (par le coton de verre) dans la pathogenèse de la dermatite striée.

Nous avons pensé qu'il est utile d'étudier les conditions nécessaires expliquant de plus près le mécanisme intime de la photosensibilisation par la chlorophylle dans la peau humaine. Une série d'expériences avec l'extrait d'épinard et les différentes concentrations de chlorophylle appliqués sur l'épiderme normal sans préparation préalable et laissés longtemps en contact avec la peau (quelques heures) et suivis d'irradiation donnent des résultats négatifs. D'autre part, la préparation préalable de la peau mais avec un contact court donne également un résultat négatif. Donc un contact plus intime entre le photocatalyseur, la chlorophylle, et la peau est nécessaire pour la reproduction du phénomène de photosensibilisation sans l'influence des rayons. La chlorophylle étant imbibée par les couches superficielles et transportée sur les couches profondes (probablement aux cellules de Langerhans), on voit ici une possibilité de parallélisme de ce processus avec celui de la pigmentogenèse normale de la peau humaine.

Ces expériences montrent une concordance avec les résultats obtenus par Marceron (13) qui trouve que pour la sensibilisation aux rayons ultra-violets il est nécessaire d'avoir une intimité plus grande du photocatalyseur — solution d'acridine — avec les cellules vivantes. La fixation de la chlorophylle dans le protoplasma des cellules cutanées réalise la condition analogue à celle qu'on rencontre dans les cellules végétales et crée une ambiance favorable d'absorption des rayons rouges de la lumière solaire.

*
* *

L'explication du mécanisme de la pathogenèse de la dermatite striée pourrait être donnée de la façon suivante : sur la peau humide (peut-être irritée par l'action mécanique et la lumière solaire) le

sujet se couche sur l'herbe; par la pression du corps ou peut-être par un autre traumatisme de la plante qui a pu être foulée, la chlorophylle sort de la plante qui se calque sur la peau du baigneur. Remarquons que Hartmann et Briehl (4), ont entrevu la possibilité que la chlorophylle sortant des plantes brisées et irradiées joue un rôle. Il est probablement nécessaire qu'on reste assez longtemps dans cette position pour que l'application de la matière colorante de la plante soit bien imprégnée. Le sujet se tourne de l'autre côté pour sécher la partie du corps humide et expose au soleil l'endroit de la peau avec le photocatalyseur calqué sur la surface de contact avec la plante. Cette exposition est analogue à une exposition de plaques photographiques. La chlorophylle fixée par les cellules de la peau absorbe principalement les rayons rouges qui produisent chez un sujet susceptible une dermatose localisée uniquement dans l'endroit de l'action des rayons par l'intermédiaire du photocatalyseur. Les conditions dans la nature sont probablement plus favorables que dans les expériences tant au point de vue de la préparation préalable et en ce qui concerne le mécanisme et la vitesse d'imprégnation de photocatalyseur qu'au point de vue de la lumière solaire qui est la lumière totale et où l'on ne peut isoler l'action d'une espèce seule de rayons.

*
* *

Les données cliniques connues pourraient-elles être appliquées particulièrement à la question de la dermatite striée?

On sait que l'effet calorique des corps solides, liquides ou gazeux est capable de produire une dermatose avec quatre degrés de brûlure et dont l'érythème calorique est le premier, la formation des bulles le deuxième degré. D'autre part, on connaît aussi la pigmentation comme effet de la chaleur. Il est donc tout à fait possible que ces mêmes symptômes se produisent sous l'action des rayons caloriques sur une peau spécialement photosensibilisée. La dermatite striée serait ainsi une dermatose produite par l'irradiation et ne présentant que les deux premiers degrés de brûlure correspondant à l'intensité de l'effet calorique sous l'influence du photocatalyseur. Les expériences de Marceron ont démontré que l'acridine, photocatalyseur pour les rayons ultra-violets abaisse les

seuils d'érythème, de vésiculation, rapproche le seuil de vésiculation du seuil de l'érythème et abaisse le seuil de pigmentation. Nous n'avons pas pu faire jusqu'à présent des expériences analogues au moyen des injections intraveineuses ou autres de chlorophylle mais on peut s'attendre à ce que le catalyseur pour les rayons rouges agisse de la même manière en ce qui regarde l'abaissement ou le rapprochement des seuils mentionnés. Du moment que cette possibilité est donnée on a l'explication qu'après *une phase d'imprégnation* de la chlorophylle *la phase d'exposition aux rayons* est favorisée par la première pour produire chez le sujet susceptible une réaction cutanée localisée uniquement à l'endroit de l'imprégnation chlorophyllienne et se manifestant par l'apparition de l'érythème et des bulles suivie d'une pigmentation durable.

La dermatose striée serait ainsi analogue aux lésions de brûlure des premier et deuxième degrés; elle est produite par l'irradiation solaire, sous l'action principalement des rayons caloriques absorbés par la chlorophylle des plantes imbibée et fixée par les cellules de la peau.

Ainsi il y aurait une étiologie unique pour tous les cas de dermatose striée, chose qui a été cherchée jusqu'à présent et cette étiologie c'est la chlorophylle+soleil. La chlorophylle est la même dans toutes les plantes ainsi que la lumière solaire.

Si on se demande s'il y a encore d'autres arguments qui peuvent affirmer cette idée, on trouve dans les histoires des malades toujours que le jour du bain était très chaud et ensoleillé, donc riche en irradiations. Le rôle de la chaleur comme nous le savons va parallèlement avec l'intensité de l'assimilation jusqu'à la température de 38° qui précisément est la température maximale (38°-39°9) des mois les plus chauds d'été dans nos contrées. Ajoutons que Phyladelphy remarque que la dermatose striée donne l'impression d'être liée à des heures bien précises, ce qui peut être expliqué par le maximum d'irradiation solaire et de température. Il est aussi intéressant de remarquer que « l'énergie assimilatrice varie également suivant les espèces ». Ces variations paraissent dues à une plus ou moins grande concentration de pigment vert dans les cellules et la proportion de pigment varie de son côté avec l'éclairement et la richesse du sol en azote et en sels de magnésie (Pizon, 14). Peut-être que certaines plantes sont plus capables de produire

la dermatose, car la quantité de chlorophylle est variable. Ceci pourrait éclaircir le rôle du sol, car on connaît une certaine agglomération des cas publiés dans certaines régions.

*
* *

La question de la susceptibilité du sujet. Ceci a été cherché toujours dans une sensibilité envers une plante. Nous voyons qu'en réalité il y en a une envers les irradiations, envers le soleil et particulièrement envers les rayons rouges. Comme dans notre cas il s'agit d'un malade avec un système pigmentaire labile présentant un vitiligo dont on connaît la sensibilité envers les rayons solaires, il est possible que cette susceptibilité ait son siège dans le système de la pigmentogenèse. Le cas d'Oppenheim peut être ajouté au nôtre où l'apparition de la dermatite bulleuse en stries n'existait qu'à la partie vitiligineuse de la peau. L'apparition de cette dermatose parmi les membres d'une famille (père, mère et enfants) publiée par le même auteur montre la possibilité de l'existence d'uue sensibilité familiale. Marx (15) atteint personnellement de cette affection soulève la possibilité du rôle d'un terrain eczémateux. C'est la susceptibilité des sujets envers l'irradiation qui doit être étudiée dans les travaux futurs. Peut-être aussi que la chlorophylle ingérée avec la nourriture végétale crue peut avoir un certain rôle (dans la susceptibilité), comme photocatalyseur d'origine alimentaire.

*
* *

Afin de voir s'il y a une transmission passive de cette sensibilité nous avons pratiqué la réaction de Prausnitz-Küstner modifiée chez un sujet normal. Après l'application de la chlorophylle (5, 10, 25, 50 o/o) et irradiation à la lumière rouge de 30 minutes les résultats sont négatifs chez notre sujet normal de contrôle pendant que les mêmes conditions donnent une réaction positive chez le malade. Le lendemain nous injectons au sujet normal 0 cm^3 25 de sérum de malade dans la zone de l'application de la chlorophylle (5, 10, 25 o/o), la zone de l'application de 50 o/o de chlorophylle servant de contrôle ainsi que deux autres zones

de peau normale dont une également injectée de o cm^3 25 de sérum du malade. Après 24 heures la lecture donne sur les places des injections les résultats négatifs. Une nouvelle irradiation par les rayons rouges après 24 heures pendant 30 minutes ne donne non plus aucune réaction. Nous voyons ici la même situation qu'avec la sensibilisation aux rayons ultra-violets que cette photosensibilisation n'est pas transmise passivement par le sérum des sujets malades aux sujets sains.

*
* *

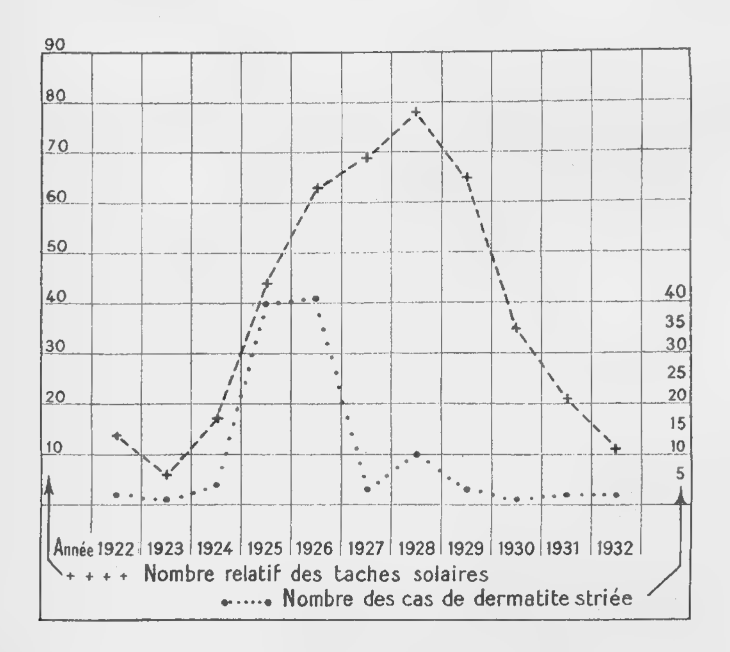
A la fin encore il est intéressant d'étudier la variabilité de la fréquence de la dermatite striée. En ce qui concerne cette affection on peut distinguer trois modes de *fréquence*. *Celle suivant les heures* a été déjà mentionnée comme une relation avec le maximum d'irradiations et de chaleur. Il est évident que cette même explication doit être donnée pour la *fréquence suivant les mois* de l'année puisque la totalité des cas est observée du mois de mai au mois de septembre avec un maximum aux mois de juin et juillet, les mois les plus chauds et les plus insolés. On pourrait objecter que la fréquence suivant les heures et suivant les mois est due au fait que le plus grand nombre de baigneurs prend ses bains précisément à ces heures et pendant ces mois. Mais il ne faut pas oublier qu'on peut s'attendre que le nombre des sujets susceptibles est en raison directe de celui des baigneurs.

La troisième variabilité de *fréquence suivant les années* a été soulevée par Oppenheim et Fessler qui ont cherché une explication de ce phénomène dans le fait que l'année 1928 ils avaient deux cas avec un été très chaud et sec en opposition avec l'été surtout frais et assez humide des années 1926 où ils avaient 40 cas et 1927 avec « plusieurs cas ».

Cependant nous avons cherché l'explication de la variabilité suivant les années dans le même ordre de causes comme pour la variabilité suivant les heures et les mois, c'est-à-dire dans l'intensité de l'irradiation solaire et avons cherché s'il n'y a pas dans la nature certains phénomènes ayant une influence sur l'intensité de l'irradiation solaire et par cette voie une corrélation entre elle et la fréquence de la dermatite striée. En réalité une influence pareille se trouve dans la fréquence des taches solaires.

Nous avons tâché de rassembler tous les cas de cette dermatose publiés jusqu'à présent et qui remontent jusqu'à 1922. Cependant il n'a pas été possible de les avoir, parce que certains auteurs ne donnent pas toujours le nombre précis des malades observés, comme c'est surtout le cas pour les années 1927, 1929, 1930 et 1931.

Quand on compare la courbe de la fréquence de la dermatite



striée avec celle du nombre relatif des taches solaires, on constate une curieuse concordance du nombre des cas avec la répartition des maxima des taches solaires.

Nous ne tenons qu'à souligner cette coïncidence ; il faut rassembler des données très exactes et pour une longue période afin d'avoir des preuves si notre hypothèse est légitime. Nous espérons que des recherches futures donneront une réponse plus affirmative. Comme on peut attendre d'après les renseignements que nous avons obtenus de M. le Prof. Michkovitch, professeur d'astronomie à l'Université de Belgrade, le prochain maximum des taches solaires approximativement entre 1935-1937 ; une statistique exacte pour-

rait confirmer ou nier une relation entre l'arrivée du maximum des taches solaires et la dermatite striée et probablement d'autres dermatoses photogéniques (1).

*
* *

A la fin encore quelques notes à propos de la nomenclature. Il nous semble utile de grouper tous les accidents cutanés produits par la lumière solaire ou par les sources de lumière artificielle sous le nom de *photodermites* différenciés par l'action des rayons actiniques, caloriques ou par les deux en même temps en trois groupes :

1° photodermites actiniques,
2° photodermites caloriques,
3° photodermites actino-caloriques.

Elles peuvent être produites sans l'action d'un photosensibilisateur si leur intensité dépassé la capacité de défense normale de l'organisme ou avec l'influence d'un catalyseur, ce dernier sensibilisant les tissus, par l'action des rayons absorbés.

C'est dans ce but que nous proposons l'addition d'un adjectif à la suite, adjectif démontrant la nature du catalyseur. C'est aussi que le halo acridinique par exemple serait une photodermite actinique acridinique et la dermatose striée une photodermite actino-calorique chlorophyllienne.

*
* *

Conclusions

1° L'application sur la peau de l'extrait aqueux de chlorophylle (d'épinard) ainsi que l'application de la solution alcoolique de chlorophylle de la même herbe ou des solutions alcooliques de chlorophylle du commerce à concentrations différentes et suivie de l'irradiation par les rayons rouges donne naissance à une tache rouge qui se change en pigmentation durable.

2° Cette photosensibilisation expérimentale n'exerce son action

(1) Nous tenons à remercier particulièrement M. le professeur Michkovitch pour les renseignements qu'il nous a donnés.

qu'à l'endroit de contact intime de la chlorophylle avec les cellules de la peau.

3° L'intensité de la photosensibilisation sur la peau humaine est augmentée par l'action de l'oxygène sous l'irradiation des rayons rouges.

4° La photosensibilité pour les rayons rouges n'est pas passivement transmissible.

5° La dermatite bulleuse striée est une dermatose produite par l'irradiation solaire tout particulièrement par les rayons rouges du spectre et par l'intermédiaire de la chlorophylle, photosensibilisateur le plus répandu pour les rayons rouges ; c'est une photodermite actino-calorique chlorophyllienne.

6° La variabilité de fréquence de la dermatite striée semble être en rapport avec l'intensité de l'irradiation solaire et, suivant les années, avec la fréquence des taches solaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ullmo. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1932.
2. Lantzenberg. — *Bulletin Soc. derm.*, novembre 1932.
3. Oppenheim. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, janvier 1932.
4. Hartmann-Briel. — *Dermat. Wochenschrift*, mai 1927.
5. Nægeli. — *Schweiz. Med. Wochenschrift*, 1923.
6. Siemens. — *Dermat. Wochenschrift*, 1927.
7. Phyladelphy. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 1928.
8. Touton. — *Dermatologische Wochenschrift*, 1928.
9. Oppenheim Fessler. — *Dermatologische Zeitschrift*, février 1929.
10. Urbach. — *Dermatologische Wochenschrift*, juillet 1927.
11. Gans. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, juillet 1929.
12. Phyladelphy. — *Dermatologische Wochenschrift*, mai 1931.
13. Marceron. — Contribution à l'étude de la Photosensibilisation (*Thèse de Paris*), 1925.
14. Pizon. — *Anatomie et Physiologie végétale.*
15. Marx. — *Dermatologische Zeitschrift*, 1928.
16. Michkovitch. — Godisnjak naseg neba 1931. *Annuaire de notre ciel* (en ser be, 1931).

XXVIIIe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Ce Congrès annuel s'est réuni cette année à Pavie, du 21 au 24 octobre 1933. L'abondance et la qualité des travaux, auxquels ont contribué les dermatologistes les plus éminents des diverses Universités de la péninsule, sont un témoignage éclatant de l'intense activité de l'École dermatologique italienne, montrant que le miracle du réveil italien, un des événements les plus marquants de l'histoire du temps présent, se manifeste dans le domaine dermatologique comme dans tous les domaines. Cette activité témoigne aussi que le génie latin, fondateur de notre civilisation occidentale, n'a rien perdu de sa vitalité, comme d'aucuns voudraient le faire accroire, qui oublient qu'ils sont eux-mêmes venus s'asseoir beaucoup plus tard au banquet de cette civilisation.

Deux questions avaient été proposées aux travaux des congressistes :

1° *Les plus modernes aspects de la physiologie cutanée, en rapport avec les nouvelles données des recherches morphologiques et physico-chimiques.*

2° *Les lésions articulaires et osseuses dans la syphilis.*

Première question. — A première vue, on est tenté de s'étonner qu'il n'existe pas des Traités de Physiologie de la peau, comme il existe des Traités de Pathologie de la peau. Mais, à la réflexion, cette lacune se conçoit assez bien, car elle ne fait que refléter l'évolution de nos conceptions sur le rôle de la peau dans l'organisme. Hier, simple enveloppe inerte ou presque, ayant une existence propre et indépendante, par suite d'intérêt médiocre au point de vue physiologique. Aujourd'hui, corrélations étroites et multiples entre la peau et les divers organes, et en outre, fonctions propres importantes : la peau la plus volumineuse des glandes endocrines. De sorte qu'on peut dire que l'idée d'un *Traité de Physiologie cutanée* vient à son heure. L'école italienne a apporté une large contribution à cette évolution et ici même, analysant des travaux de Comel, nous faisions remarquer naguère, qu'ils constituaient une véritable ébauche d'un *Traité de Physiologie cutanée.*

C'est cette prédiction que réalise justement le présent Rapport, qui

n'est du reste lui-même que l'esquisse d'un projet dont le Prof. Mariani dans la préface, annonce la prochaine réalisation et l'on peut juger par la maquette que l'œuvre définitive sera un monument scientifique de haute valeur. (A ce propos, faisons observer que Comel vient justement de publier un *Traité de Physiologie cutanée* en deux volumes et nous ignorons si c'est à cet ouvrage que le Prof. Mariani fait allusion, ou s'il s'agit de deux publications distinctes.)

En lisant les 400 pages de ce Rapport, on voit apparaître une autre raison de la lacune que nous signalions plus haut : si la physiologie éclaire la pathologie, réciproquement la pathologie éclaire la physiologie et, dans le domaine dermatologique, cette seconde proposition se vérifie plus souvent que la première. C'est par les altérations de ses fonctions que nous avons acquis la meilleure part de ce que nous savons sur les fonctions normales de la peau, de sorte que, tout au long de ce *Traité de Physiologie*, il est question de pathologie, de sorte que la séparation apparaît ainsi un peu artificielle.

Pour rendre la physionomie générale d'un semblable travail, à caractère didactique et ne comportant pas de recherches originales, une vue d'ensemble, une synthèse comme celle que nous venons de faire convient mieux qu'une analyse, qui ne pourrait guère être qu'une Table des matières. Nous renvoyons donc aux *Sommaires* (pages jaunes) pour l'énumération des différents chapitres qui sont dus aux dermatologistes dont la notoriété nous a rendu les noms familiers : G. Truffi, Cerutti, Balbi, Crosti, Lisi, Scolari, Chiale, Scomazzoni, Comel, Tommasi, Monacelli, Santori, Sannicandro, Falchi, Pasini, Martinotti.

Deuxième question. — Ce second Rapport, de 120 pages, est l'œuvre de Robert Casazza. C'est une somme de l'état actuel de nos connaissances sur la syphilis des os et des articulations. Notions déjà connues sans doute, mais, pour beaucoup de médecins, sous une forme fragmentaire, car on les trouve éparpillées dans les différents Traités de syphiligraphie, de chirurgie, et des diverses spécialités. Il est donc intéressant d'en donner un tableau d'ensemble. D'autant plus que, dans ces dernières années, les conceptions classiques ont été réformées sur certains points, particulièrement grâce à l'emploi de plus en plus répandu de la radiologie, et notamment grâce aux travaux de l'École lyonnaise, à laquelle l'auteur rend un juste hommage et dont il invoque fréquemment l'autorité.

Pour la *syphilis des os*, une distinction qui vient tout naturellement à l'esprit est celle des lésions de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire.

Syphilis acquise : les altérations peuvent au point de vue anatomo-pathologique, se classer en quatre groupes : 1° périostite simple ; 2° périostite gommeuse ; 3° ostéite et ostéomyélite simple ; 4° ostéomyélite gommeuse avec ses deux variétés : *a*) gomme circonscrite ; *b*) syphilome diffus. Au point de vue clinique, C. classe ces altéra-

tions en : 1° précoces : *a*) préroséoliques ; *b*) contemporaines de la période secondaire ; 2° tardives atteignant de préférence la calotte crânienne et les os longs.

Syphilis héréditaire : certaines altérations appartiennent à la syphilis héréditaire *récente* sous trois formes : 1° ostéochondrite ; 2° périostite ossifiante ; 3° manifestations diverses (telles que l'ostéomyélite de Pick, les exostoses, les fractures, la pseudo-paralysie de Parrot, etc...). D'autres appartiennent à la syphilis osseuse *tardive* généralement plus localisées, dues à la reviviscence de foyers de tréponèmes datant de la vie intra-utérine. A leur étude, l'auteur rattache celle des *stigmates* de la syphilis héréditaire et celle des *dystrophies* et du *rachitisme*.

Pour les *altérations articulaires*, le même plan d'étude s'impose naturellement :

Syphilis acquise : la division classique, homologue de celle de la tuberculose, est la distinction des formes *synoviales* et des formes *osseuses*. Et au point de vue clinique, il faut distinguer cinq variétés : 1° arthralgies ; 2° formes à marche aiguë ou subaiguë, ou fébrile ; 3° formes chroniques ; 4° formes atypiques ; 5° formes mixtes. C. fait une étude complète de ces différentes variétés et en discute le diagnostic.

Syphilis héréditaire : on y observe des altérations *récentes*, siégeant surtout à la région juxta-articulaire, rares la première année, plus fréquentes dans la deuxième (contrairement à ce qui a lieu pour les os), souvent à forme suppurative, probablement par intervention d'infections secondaires. D'autres sont *tardives*, présentant beaucoup d'analogies avec celles de la syphilis acquise et se divisant comme elles en : 1° formes synoviales, avec deux variétés : *a*) hydarthrose simple ; *b*) synovite hyperplastique ; 2° formes osseuses avec deux variétés : *a*) hydarthrose avec altérations productives ; *b*) tumeur blanche syphilitique.

Enfin, un dernier chapitre est consacré aux altérations osseuses et articulaires dans le *tabès*.

Tel est le plan général de ce travail, qui réclame du reste une lecture intégrale. Quelques points méritent d'être mis particulièrement en relief :

1° la fréquence, beaucoup plus grande qu'on ne croyait autrefois, de la syphilis du squelette et son extrême complexité, de telle sorte qu'elle intéresse non seulement le syphiligraphe, mais un grand nombre d'autres spécialités ;

2° l'importance de l'étude de la syphilis osseuse, non seulement en elle-même, mais par les horizons qu'elle ouvre au syphiligraphe sur l'évolution de la syphilis d'une manière générale ;

3° l'intérêt de la syphilis osseuse *récente* plus commune qu'on ne pensait autrefois ;

4° le rôle dystrophiant de la syphilis, indépendamment des lésions qui sont dues à l'action directe du tréponème ;

5° au point de vue pathogénique, l'association de facteurs dus au

parasite (virulence) de facteurs locaux (*traumatismes*) et de facteurs généraux ;

6° au point de vue anatomo-pathologique, l'association fréquente de modalités diverses et le polymorphisme fréquent des lésions, qui s'oppose à une classification étroitement anatomique ;

7° Au point de vue clinique, la diminution de fréquence des formes graves, qui a modifié l'aspect actuel de la syphilis et l'importance des lsions minimes, des stigmates, des dystrophies pour le « dépistage » de la syphilis ;

8° l'importance de la radiologie qui, en raison de l'aspécificité des signes cliniques, est devenue le meilleur procédé d'investigation dans l'étude de la syphilis osseuse et articulaire ;

9° l'importance de la sérologie pour établir la nature des lésions suspectes, sans oublier cependant que, même dans le cas de syphilis osseuse avérée, elle peut donner des résultats négatifs ou faiblement positifs ;

10° l'intérêt des méthodes thérapeutiques modernes, qui ont sensiblement amélioré le pronostic et sont aussi d'un grand secours pour le diagnostic par la preuve *ex juvantibus*.

BELGODERE.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Un cas de syphilis pulmonaire, par MATARASSO. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 11, novembre 1933, p. 801.

Il faut penser à la syphilis pulmonaire. Le malade de M. avait été traité pour tuberculose pulmonaire (température à 38°5, toux quinteuse, hémoptysies fréquentes). Mais aussi Bordet-Wassermann positif, aortite, image radiographique particulière, absence de bacilles dans les crachats qui inclinent au diagnostic de syphilis. Un traitement d'épreuve le vérifia. H. RABEAU.

Critique de plaques fauchées syphilitiques ; plaques dépapillées ou fauchées de la langue, non syphilitiques ; plaques atypiques de glossite losangique médiane, par H. GOUGEROT et A. DECHAUME. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 11, novembre 1933, p. 801.

Les plaques dépapillées de la langue ne sont pas toujours les plaques syphilitiques de Fournier. Dans ce beau mémoire, les auteurs classent les dépapillations linguales localisées ou plaques dépapillées et les distinguent des affections voisines. Ils en écartent les plaques dépapillées ou fauchées durables relevant de causes différentes. Ils montrent que certaines plaques fauchées sont à rattacher à la glossite losangique médiane de Brocq-Pautrier. Il faut aussi penser aux formes atypiques sur lesquelles G. a souvent insisté. H. RABEAU.

Syphilides arséno-résistantes, psoriasiformes non infiltrées. Guérison rapide par le bismuth, par H. GOUGEROT et A. CARTEAUD. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 11, novembre 1933, p. 831.

Belle observation de syphilis arséno-résistante psoriasiforme, non infiltrée, ressemblant plus à une parakératose psoriasiforme. Le Bordet-Wassermann négatif pendant l'évolution est devenu positif après guérison des lésions par le bismuth. La cause de cette arséno-résistance paraît être un traitement arsenical insuffisant. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Observation d'un cas de forme cutanée ulcéreuse de la lymphogranulomatose maligne, par G. Etienne, P. L. Drouet, P. Florentin et P. Louvot. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 26, 6 novembre 1933, p. 1144.

Cette malade, âgée de 35 ans, présente d'abord des adénopathies cervicales et axillaires, avec une toux sèche quinteuse. Un traitement radiothérapique des adénopathies cervicales amène une accalmie, mais rapidement augmentation des adénopathies : on découvre un paquet ganglionnaire médiastinal. Puis les adénopathies cervicales se ramollissent, se fistulisent, s'ulcèrent. L'examen histologique permit le diagnostic, écartant les hypothèses possibles de tuberculose ou de lymphosarcome ulcéré.

H. Rabeau.

Le fonctionnement rénal des syphilitiques secondaires, par A. Sézary et J. Lenègre. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 28, 20 novembre 1933, p. 1278.

Les auteurs ont recherché chez 50 malades syphilitiques secondaires, avant tout traitement, le fonctionnement rénal. Ils ont dosé l'urée sanguine, établi la constante d'Ambard, pratiqué l'épreuve de la P. S. P., la recherche de l'abuminurie et des cylindres granuleux. Dans la règle, en dehors des cas exceptionnels où elle se complique de néphrite, la syphilis secondaire ne trouble pas le fonctionnement rénal.

H. Rabeau.

L'action du traitement d'attaque sur le fonctionnement rénal des syphilitiques secondaires, par A. Sézary et J. Lenègre. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 28, 10 novembre 1933, p. 1280.

32 des 50 malades dont la fonction rénale avait été explorée avant tout traitement ont subi les mêmes recherches après et au cours de trois séries d'injections (des tableaux indiquent toutes les épreuves pratiquées). La conclusion pratique de cette étude est que, dans le traitement d'attaque de la syphilis, qui doit être nécessairement intensif sans dépasser les doses usuelles, nous ne devons pas être limités dans notre posologie par la crainte d'une complication rénale.

H. Rabeau.

L'action des traitements antisyphilitiques prolongés sur le fonctionnement rénal, par A. Sézary et J. Lenègre. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 28, 10 novembre 1933, p. 1287.

Les auteurs ont recherché chez 60 malades ayant subi des traitements variés et prolongés, l'albuminurie, les cylindres urinaires, l'urée sanguine. Leur tableau montre que chez les syphilitiques longtemps trai-

tés, l'élimination de l'urée, quoique demeurant le plus souvent au-dessous de la normale, est généralement moins bonne que chez les sujets traités depuis peu. Donc plutôt que de prolonger indéfiniment le traitement, il vaut mieux, en se basant sur les critères que nous possédons actuellement (séro-réactions et examen du liquide céphalo-rachidien), ne poursuivre le traitement que pendant le temps strictement nécessaire.

H. RABEAU.

Un cas de mastite syphilitique, par L. DESCLAUX. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 29, 17 novembre 1933, p. 1351.

Femme de 25 ans, présentant dans le sein droit un nodule indolore, dur, bien limité, situé dans le tissu glandulaire. Pas d'adénopathies. Une fausse couche de 5 mois, l'évolution rapide de la tumeur, l'absence de ganglions axillaires, la présence de ganglions cervicaux, firent soupçonner la syphilis. Un examen sérologique l'affirma ; un traitement spécifique amena la guérison de cette mastite gommeuse.

H. RABEAU.

Forme dysphagique de la syphilis bulbo-protubérantielle, par A. SÉZARY et M. PERRAULT. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 29, 17 novembre 1933, p. 1391.

Un cas de syndrome bulbo-protubérantiel constitué par des lésions nucléaires indiscutables (parésie faciale gauche, paralysie amyotrophique du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze droits, paralysie des deux constricteurs supérieurs du pharynx, troubles dyspnéiques, etc.) et par des lésions des bandelettes d'association, d'où semblent dériver les paralysies complexes des mouvements oculaires. Ce syndrome se traduisait avant tout par des troubles de la déglutition qui simulaient ceux d'une sténose pharyngo-œsophagienne. En l'absence de tout signe d'obstruction ou de compression de l'œsophage supérieur, le diagnostic de paralysie pharyngée s'imposait. Il fut vérifié par la constatation de cette paralysie et d'autres troubles nerveux. Toute autre cause que la syphilis paraît insoutenable dans ce cas, qui prouve que toutes les artères du mésencéphale peuvent être atteintes par la syphilis et surtout dans leurs parties terminales. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Trois atteintes de zona chez un même sujet, par P. GALLOIS. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 137e année, no 15, 10 novembre 1933, p. 597.

Malade ayant eu trois atteintes de zona à une vingtaine d'années de distance ; cette maladie, dit G., ne serait donc pas vaccinante, mais la période d'immunité serait en somme d'assez longue durée.

H. RABEAU.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. La maladie de Fox-Fordyce et son traitement chirurgical, par Cl. Simon. *Bulletin médical*, 47e année, n° 45, 11 novembre 1933.

Bref résumé de la maladie de Fox-Fordyce à propos d'une observation. Tous les traitements ayant échoué, l'auteur a obtenu un excellent résultat de l'exérèse chirurgicale des glandes sudoripares de l'aisselle, région qui était la plus atteinte. H. Rabeau.

La maladie de Hodgkin, par P. Baize. *Bulletin Médical*, 49e année, n° 46, 18 novembre 1933.

Courte revue générale sur la lymphogranulomatose maligne montrant bien les difficultés du diagnostic. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Les lois de l'hérédité et les stigmates de l'hérédo-syphilis, par A. Lévy-Franckel. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, n° 44, 4 novembre 1933, p. 41.

Courte revue critique des principaux stigmates dystrophiques dentaires, cutanés et muqueux de l'hérédo-syphilis. L'auteur rappelle le mémoire de Touraine sur l'hérédité mendélienne récessive du lapin, et le rapprochement fait par T. de la tréponémose du lapin et de la syphilis humaine. Aussi les études de Siemens dont il applique la méthode d'étude critique. H. Rabeau.

Considérations sur l'interprétation de la réaction de Kahn, par Milhaud. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, n° 46, 10 novembre 1933, p. 687.

Pour M., la réaction de Kahn, sans grande valeur chez la femme gravide, est d'un grand intérêt pour le diagnostic de la syphilis chez l'enfant. Plus souvent positive que le Hecht et le Meinicke, elle doit être considérée comme une preuve suffisante chez l'enfant.
H. Rabeau.

Presse médicale (Paris)

De la sclérodermie à la dermatite chronique atrophiante, par L. M. Pautrier. *La Presse médicale*, 41e année, n° 88, 4 novembre 1933, p. 1706.

Cas de sclérodermie généralisée ayant débuté il y a environ 20 ans, et qui a abouti à une dermatite atrophiante. D'une lésion scléreuse du derme dure et infiltrée, la maladie aboutit à une lésion atrophique totale, montrant bien que l'état sclérodermique peut ne représenter qu'un « moment » du trouble du métabolisme du collagène, capable d'évoluer ultérieurement vers un autre type histo-chimique et d'aboutir à un état atrophique. H. Rabeau.

Eczéma et allergie, par A. Sézary. *La Presse médicale*, 41e année, n° 91, 15 novembre 1933, p. 1772.

Dans cette étude, l'auteur aborde le problème pathogénique des diverses dermatoses que Brocq groupait sous le nom de « réactions cutanées ». Les faits cliniques qu'on englobe sous le nom d'eczéma ont une réalité très propre. Ce sont des réactions allergiques de l'épiderme caractérisées par de la spongiose. La nature allergique de la réaction, sa localisation à l'épiderme, sa lésion spéciale (spongiose), sont trois éléments indispensables de cette définition. Le phénomène capital consiste dans une sensibilisation des cellules épidermiques, sensibilisation spécifique seulement par sa localisation et par la lésion histologique qu'elle entraîne, et non par sa cause. H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

De la maladie de Paget du sein, par Enrique Ciótola (Lima). *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 8, août 1933.

Se basant sur les conceptions de plusieurs hématologistes relatives aux processus évolutifs des cellules sanguines, l'auteur retrouve dans la genèse des lésions de la maladie de Paget du sein les diverses phases des transformations successives de l'histioblaste en hémocytoblaste, en mégakariocyte, en polykariocyte, en mononucléaire basophile et en plasmazellen.

Des histiocytes constituant la paroi des capillaires, doués d'un pouvoir phagocytaire plus ou moins intense, se détachent du vaisseau et passent par les diverses étapes évolutives qui aboutissent aux plasmazellen. Les mêmes stades se rencontrent dans le granulome de la maladie de Carrion.

L'excitation de la fonction de l'histioblaste qui aboutit à la formation du plasmazellen caractérise, d'après l'auteur, les lésions à plasmazellen telles que les granulomes infectieux. J. Margarot.

Journal de Médecine de Lyon.

Conceptions actuelles sur la prophylaxie et le traitement de la syphilis congénitale, par M. Carle. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 332, 5 novembre 1933, p. 645.

Voici les principes qui doivent désormais guider le praticien :

1° On a le droit d'exiger de la femme un délai plus éloigné et des traitements plus prolongés que pour l'homme, avant de l'autoriser à se marier et à procréer.

2° Si une grossesse survient, instituer un traitement intensif, trois séries si possible, au cours de la gestation, si la syphilis est avouée ou démontrée.

3° Si le père est seul syphilitique, la mère ne présentant à un examen complet aucun symptôme de contamination, il n'y a aucun intérêt à traiter la mère, l'enfant arrivera en bon état.

4° A la naissance, prolonger longtemps les examens avant d'assurer que l'enfant est sain. Même dans ces cas il est nécessaire de le traiter, si la mère est syphilitique, surtout récente.

Si l'enfant est malade, le traiter d'abord et traiter également la mère, qui pourra nourrir sans danger, car elle est sûrement elle-même syphilitique. Les exceptions à la loi de Colles sont assez rares et assez discutables pour permettre d'adopter ce principe.

JEAN LACASSAGNE.

Bruxelles Médical.

Les problèmes de la chirurgie plastique et restauratrice, par J. EASTMAN SHEEDAN. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 2, 12 novembre 1933, p. 39.

Cette chirurgie est le progrès constant du fait du perfectionnement des techniques et d'une meilleure connaissance des propriétés chimiques et biologiques de la peau. S. donne des indications techniques, en particulier sa méthode de traitement des chéloïdes, par excision, hémostase par coagulation diathermique et émanations de radium. Sur 200 cas il a obtenu 83 o/o de guérisons totales.

H. RABEAU.

Contribution à l'étude de la prophylaxie de la syphilis congénitale, par A. COUVELAIRE. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 2, 12 novembre 1933, p. 49.

C. montre les résultats encourageants déjà observés à la clinique Baudelocque où le service fonctionne depuis 1919 avec la collaboration de M. Pinard. De 1921 à 1927, le nombre des fœtus morts *in utero* par syphilis passe de 77 à 35 o/o, et le taux de la mortalité fœtale par syphilis de 111 à 35 o/o (sur 10.000 naissances). L'essentiel dans la lutte est de dépister les syphilis latentes chez les procréateurs, par l'examen clinique, sérologique, l'enquête familiale et obstétricale.

H. RABEAU.

Etiologie et mécanisme pathogénique de la para syphilis, par C. LEVADITI. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 3, 19 novembre 1933, p. 80.

Les données expérimentales établissent le rôle de plus en plus probable, du neurotropisme acquis ou inné du virus spécifique, d'une part, des modifications anallergiques du système nerveux central, d'autre part. Pour que le virus syphilitique puisse envahir le névraxe, il doit accomplir ailleurs que dans l'encéphale ou la moelle épinière certaines phases de son cycle évolutif ; une fois logé dans le parenchyme nerveux, il y persiste longtemps dans un état inaccessible à nos moyens d'investigation, avant de provoquer des altérations analogues à celles de la paralysie générale. Le virus y séjourne ainsi jusqu'au moment où,

pour des raisons encore ignorées, la réactivité du névraxe subit des modifications anallergiques. Une fois vaincue la résistance que l'encéphale oppose à sa pullulation *in situ*, aux formes infra-visibles succèdent des formes de transition destinées à engendrer des parasites spiralés qui contaminent les circonvolutions. Il est probable que la culture du virus dans le névraxe comporte des phases alternantes, tantôt infra-visibles, tantôt spirochétiennes, ce qui explique les variations quantitatives et la répartition irrégulière des tréponèmes. Il est vraisemblable que, par suite de son développement dans le névraxe, au cours de la *période anallergique* de la maladie, le virus subit des modifications biologiques se traduisant par une perte partielle ou totale de sa virulence dermotrope. Enfin, il semble que certaines souches de virus syphilitique sont particulièrement aptes à se localiser dans le névraxe, conformément à la conception du neurotropisme formulée en 1914 par Levaditi et Marie. H. Rabeau.

Syphilis et traumatismes, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 1, 5 novembre 1933, p. 1.

Excellente revue générale sur l'influence de la syphilis sur les traumatismes et des traumatismes sur la syphilis ; lésions de la peau, des os, des articulations, des muscles, des viscères, des yeux ; rôle des micro-traumatismes. Il semble que ces accidents augmentent de fréquence à mesure que la syphilis vieillit. Le traumatisme « responsable » peut, dans certains cas, avoir précédé la contamination.

H. Rabeau.

Faits cliniques de diathermothérapie, par L. Thielemans. *Bruxelles Médical*, 14e année, 5 novembre 1933, p. 25.

Le résultat de la diathermie dépend de la précision de l'application des électrodes. Il publie une observation de stérilité féminine vaincue, et des rhumatismes guéris par l'association diathermie et sels d'or.

H. Rabeau.

Du rôle étiologique de la syphilis dans les affections artérielles, par C. Lian. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 4, 26 novembre 1933, p. 129.

Les maladies des artères relèvent de deux grandes causes principales : syphilis et dyscrasie artérielle de l'âge critique, puis de la vieillesse. Le rôle étiologique capital revient à la syphilis dans les anévrysmes et dans les aortites avec insuffisance aortique ; il appartient à l'athérome dyscrasique dans les autres affections aortiques et artérielles.

H. Rabeau.

La syphilis congolaise et son influence dans la pathologie tropicale, par F. Van den Branden et A. Dubois. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 4, 26 novembre 1933, p. 136.

Aussi fréquente au Congo Belge parmi les Indigènes que parmi les Européens, la syphilis ne semble pas avoir d'influence chez les trypa-

nosés. Son action sur le cours de la malaria n'est nullement évidente. La malaria contractée après la syphilis n'empêche nullement l'éclosion d'une syphilis nerveuse. Les nodosités juxta-articulaires relèvent le plus souvent du pian ; quelquefois cependant de la syphilis. Par contre, syphilis et ulcère tropical sont indépendants. H. RABEAU.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la question de l'étiologie, du traitement et de la prophylaxie des dermites par le Salvarsan (Zur Frage der Ætiologie, Therapie und Prophylaxe der Hautschädigungen durch Salvarsan), par P. FASAL. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LXVIII, fasc. 1-2, novembre 1933, p. 1.

Sur 125 malades, 68 présentèrent un érythème au 10e jour ; 39 une dermite précoce et 18 une dermite tardive. La plupart des malades étaient âgés de 20 à 40 ans, âge de la plus grande fréquence de la syphilis fraîche ; d'ailleurs les cas de syphilis secondaire récente étaient beaucoup plus nombreux que les cas de syphilis latente ; rares, les syphilis tertiaire et congénitale. Le plus grand nombre des accidents apparurent pendant la première cure. Les érythèmes se sont montrés plus fréquents chez les ambulants que chez les hospitalisés (1/3) ; c'est l'inverse pour les dermites (4/1). 7 cas de mort, dont 4 hommes et 3 femmes ; 5 fois, pendant la première cure. Les injections autour de la veine n'ont été constatées que 4 fois ; mais il semble bien que la petite quantité de solution contenue dans l'aiguille ait pu intervenir dans la sensibilisation des malades. Les épreuves cutanées et intracutanées n'ont donné qu'un faible pourcentage de réactions positives ; la présence d'anticorps au salvarsan n'a jamais été constatée chez les 5 malades examinés à cet égard. La méthode de désensibilisation par injections intradermiques immédiatement avant l'injection, pas plus que par injection intraveineuse à doses progressives en commençant par doses minimes (0,001) n'a donné aucun résultat satisfaisant. Le meilleur traitement est l'hyposulfite de soude intraveineux, et même en lavement ; dans les formes exsudatives, diète lactée et régime déchloruré associé à la diurétine et au luminal ; dans les formes graves, bains continus. La dissolution dans l'hyposulfite ou la dextrose ne paraît pas avoir d'influence sur les manifestations cutanées, mais plutôt sur les phénomènes angioneurotiques. La reprise du traitement arsenical est souvent mal supportée, même dans les formes érythémateuses simples et à condition de changer la préparation ; dans les dermites, elle est rarement tolérée. L. CHATELLIER.

Constatations cliniques et de culture sur Achorion Quinckeanum (Klinische und kulturelle Beobachtungen bei Achorion Quinckeanum), par B. BEINTEMA. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LXVIII, fasc. 1-2, novembre 1933, p. 21, 3 fig.

Dans deux cas d'infection du cuir chevelu, l'un a évolué sous l'aspect

clinique d'un kérion. Les cheveux étaient malades, contenaient du mycélium et des bulles d'air ; en dehors du cheveu, il y avait un début de sporulation. La culture a montré *A. quinckeanum*. La disparition des fuseaux des microcultures où ils existaient est due à la formation d'une série de chlamydospores, qui prenaient naissance par fragmentation au niveau des parois intercalaires. B. n'a jamais pu obtenir de cultures jeunes duveteuses, que ce soit en étalement mince ou par dessiccation. Les jeunes cultures duveteuses régulièrement sont dues d'emblée à une culture partant d'une forme pléomorphique duveteuse où éléments pléomorphes et non pléomorphes sont mélangés (culture mixte de Sabouraud). L. CHATELLIER.

Sur le traitement de l'herpès récidivant (Zur Behandlung des rezidivierenden Herpes), par H. HRUSZEK. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 1-2, novembre 1933, p. 27.

Plesch a proposé depuis plusieurs années de traiter l'herpès récidivant par des auto-inoculations en série. Il a obtenu ainsi la disparition souvent définitive de l'éruption.

H. rapporte deux cas d'herpès génital récidivant où ce procédé lui a donné d'excellents résultats ; dans le premier, après une période libre assez longue, il s'est produit une récidive avortée ; chez le même malade, une irradiation par les rayons X a déterminé sur les points vaccinés une éruption tenace, qui a fini elle aussi par guérir.

L. CHATELLIER.

Sur les lésions cutanées dans la trichinose (Ueber Hauterscheinungen bei Trichinose), par A. MUSGER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 1-2, novembre 1933, p. 35, 1 fig.

Chez une jeune femme de 34 ans survient, 3 jours après ingestion de boudin, une poussée d'urticaire, qui avait été précédée de nausées, de vomissements. Nouvelle poussée deux jours après, avec rougeur de la face et prurit sur le tronc et les membres, accompagnée de diarrhée, de vomissements et de coliques. Les poussées ultérieurement s'espacent, puis s'atténuent, mais apparaissent la fièvre, de l'œdème palpébral, des douleurs musculaires (muscle temporal, masséter, deltoïde, pectoral, trapèze, nuque, etc.) qui se compliquent de gonflement du muscle et de l'œdème de la peau sus-jacente, puis d'insomnie tenace. Dans le sang, 35 o/o d'éosinophiles, ce qui éveille l'idée d'une trichinose ; en effet, on trouve le parasite dans une biopsie du muscle. Évolution vers la guérison en 5 semaines. Ce cas démontre que les manifestations cutanées dans la trichinose peuvent être précoces, variées ; les épreuves cutanées de Luger avec le suc musculaire humain se sont montrées négatives chez cette malade. L. CHATELLIER.

L'efficacité chimiothérapique d'un composé aurique du dérivé d'une albumine soufrée naturelle (Die chemotherapeutische Wirksamkeit der Goldverbindung des Derivates eines Natürlichen Schwefeleiweisses), par A. Colher et A. Warstadt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 1-2, novembre 1933. p. 39.

Ce composé est l'auro-détoxine, qui contient environ 9 o/o d'or. Le métal est uni à la détoxine, dérivé d'une albumine soufrée naturelle qui contient de la cystine associée à d'autres acides aminés sous la forme de peptide. La détoxine ne contient pas de groupe sulfhydrile libre, mais dans l'organisme, il s'en libère. Le groupe sulfhydrile est fortement fixé à l'or. L'auro-détoxine paraît très bien supporté ; chez la souris, on peut arriver à 2,5-3,3 intraveineux par kilogramme, chez le lapin à 1 gr.-3 gr. par kilogramme. La dose minima efficace est très faible dans l'infection récurrente expérimentale de la souris, par voie veineuse et par voie hypodermique. Même efficacité dans la syphilis expérimentale du lapin.

Chez l'homme, l'auro-détoxine est bien toléré par voie veineuse et mieux intramusculaire. A la dose totale de 21 gr. 6 à 21 gr. 7 (soit 2 gr. d'or), il exerce une action sensible sur les réactions sérologiques.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur des métastases carcinomateuses de la peau sous forme d'un hémolymphangiome (Ueber karzinomatöse Hautmetastasen unter dem Bilde eines Hämolymphangioms), par W. Nix. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 44, 4 novembre 1933, p. 1551, 2 fig.

Les métastases cutanées des cancers viscéraux revêtent des aspects cliniques très variables, dont le diagnostic est parfois impossible sans le secours du microscope. Chez un homme de 54 ans, apparaît sur le côté droit du cou une tumeur solide ; 5 mois après, sur l'épaule droite et sur le bras droit se forment des nodules et des traînées télangiectasiques, cyanotiques, donnant l'impression de vaisseaux sanguins thrombosés ; en outre, il existe des efflorescences disséminées simulant des vésicules ou de petits kystes. On pense à un hémolymphangiome. L'examen histologique montre qu'il s'agit de boyaux néoplasiques intralymphatiques, souvent nécrosés, d'épithélioma spino-cellulaire ; les vaisseaux sanguins sont, en partie ou en totalité, obstrués par des thromboses épithéliomateuses.

L. Chatellier.

Sur la découverte de Bacillus crassus dans des efflorescences buccales dans un cas d'ulcère aigu de la vulve (Ueber den Nachweis des Bacillus crassus in Effloreszenzen der Mundschleimhaut beim Ulcus vulvæ acutum), par A. Philadelphy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 44, 4 novembre 1933, p. 1557.

Chez une vierge de 21 ans, existent en même temps un ulcère aigu de

la vulve et des érosions aphteuses de la muqueuse buccale. On trouve du bacille dans les deux lésions par examen direct et par culture.

L. Chatellier.

Sur les renseignements fournis par les réactions à l'or et au mastic dans les affections syphilitiques (Ueber die Leistungsfähigkeit der Goldsol- und Mastixreaktion bei Syphilitischen Erkrankrungen), par A. Hildebrandt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 44, 4 novembre 1933, p. 1558, 2 fig.

H. expose d'abord les données techniques sur les deux réactions, avec les légères modifications qu'il a apportées aux techniques usuelles. Puis il rapporte les résultats obtenus aux divers stades de la syphilis.

Dans 17 cas de syphilis primaire (dont 6 à sérologie négative), liquide toujours normal.

Dans 30 cas de syphilis secondaire (la plupart traités), 6 réactions de Bordet-Wassermann positives, 7 avec courbes anormales et 3 avec courbe de syphilis cérébrale, tant par la réaction à l'or que par la réaction au mastic.

Dans 27 cas de syphilis tertiaire, il n'y eut que 44,7 o/o de liquides normaux. Le liquide de 10 syphilis latente sur 15 examinés s'est montré normal. Dans la syphilis congénitale, les résultats de H., en concordance avec ceux des autres auteurs, confirment la supériorité et la valeur des réactions colloïdales. Pour la syphilis cérébro-spinale, les courbes colloïdales permettent de différencier divers types et démontrent l'utilité de deux réactions colloïdales simultanées, qui donnent parfois des renseignements complémentaires. Dans le tabès (79 cas), H. n'a obtenu par les deux réactions que 17,7 o/o (à l'or) et 16,5 o/o (au mastic) de réactions normales ; les courbes à type paralysie générale ne sont pas rares (10,1 o/o et 6,3 o/o). Dans 253 cas de paralysie générale, H. a obtenu 5,1 o/o et 4,7 o/o de liquides normaux, 71,9 o/o et 67,6 o/o de courbes type paralysie générale ; 5,1 o/o et 9,9 o/o de type paralysie générale faible ; 6,3 o/o et 6,3 o/o de type tabès. De l'ensemble de ces résultats, il résulte que les réactions colloïdales apportent des précisions, et utiles ; qu'elles constituent un mode d'exploration indispensable du liquide. Il est bon d'employer au moins deux réactions.

L. Chatellier.

Traitement du lupus vulgaire par les rayons limites et le régime associés (Kombinierte Grenzstrahlen-Diätbehandlung des Lupus vulgaris), par Th. Schreus et W. Engelhardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, nº 45, 11 novembre 1933, p. 1595.

Les auteurs emploient un rayonnement de 9 K. V., sous 0,02 Al., à la dose maxima de 1.500 R. associé à la diète de Gerson. L'irradiation s'étend toujours à 0 cm. 5 ou 1 centimètre en peau saine autour du foyer lupique. La dose utile doit déterminer un érythème net avec léger gonflement dans les quelques jours (3 à 8) qui suivent. L'amélioration ne devient souvent sensible que lorsque la dose totale atteint

5 à 6.000 R., donc après 4-6 irradiations. Il faut toujours attendre la disparition de l'érythème avant de recommencer l'irradiation, au plus tôt 10 jours. Le régime facilite et accélère l'action des rayons limites. Ce traitement est ambulatoire. Il paraît particulièrement efficace dans les récidives et tissu cicatriciel. Mains coûteux mais plus long que la diathermie, il ne détermine pas de réactions très douloureuses ni très vives. S. et E. n'ont jamais constaté de lésions consécutives à l'irradiadiation. L. CHATELLIER.

Eczéma allergique ou idiosyncrasique? (Allergisches oder idiosynkrasisches Ekzem ?), par E. URBACH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 46, 18 novembre 1933, p. 1623.

Étude critique du livre de Blumenthal et Jaffé sur *Eczéma et Idiosyncrasie*, où l'auteur montre que la division de Blumenthal et Jaffé en dermatose allergique et dermatose idiosyncrasique n'est pas adaptée à l'eczéma. D'ailleurs, les critères apportés à cette différenciation ne sont pas absolus. Il préfère la division proposée par Rössle où, sous le vocable général de « pathergie », on peut ranger, d'une part, les pathergies allergiques (réaction antigène et anticorps), d'autre part les pathergies non allergiques ; entre les deux, le groupe des « pathergies parallergiques ». Sous le premier chef, on rangera les hypersensibilités allergiques (hyperergie, idiosyncrasie, atopie, anaphylaxie, immunité acquise) et les hyposensibilités allergiques (hypoergie, anergie, immunité congénitale). Sous le chef de pathergie non allergique, on rangera le groupe des hypersensibilités non allergiques (sensibilité aux toxines, sensibilité aux agents physiques) et le groupe des hyposensibilités non allergiques. (On ne peut pas dire que les choses en soient rendues beaucoup plus claires ! N. d. T.) L. CHATELLIER.

Rapport sur les mesures de police des mœurs concernant le règlement de la prostitution en Italie, à Athènes et à Constantinople (Bericht über die Sittenpolizeilichen Massnahmen zur Regelung der Prostitution in Italien, Athen und Konstantinopel), par P. MULZER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 46, 18 novembre 1933, p. 1628.

Il n'est pas possible de résumer cet article où l'auteur rapporte les mesures nouvelles prises, dans ces trois pays, pour réduire la prostitution, en assurer la surveillance médicale et pour supprimer, quand c'est possible, la prostitution libre. On trouvera là des renseignements utiles, intéressants et même quelquefois pittoresques.

L. CHATELLIER.

Sur la mise en évidence de la cholestérine (Zum Nachweis des Cholesterins), par H. MÜHLPFORDT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 47, 25 novembre 1933, p. 1651.

Les réactions les plus connues, *in vitro*, de la cholestérine reposent sur sa désintégration par les acides forts, en particulier l'acide sulfurique concentré. Telles sont les réactions de Kalkowski, Liebermann,

Neuberg et Obermüller. L'inconvénient de ces techniques réside dans leur spécificité relative. La lécithine donne des résultats analogues. Le procédé spécifique est la réaction de Windau, basée sur le trouble que produit dans une solution de cholestérine et de digitonine l'addition d'eau et que l'on peut mesurer au néphélomètre.

Le meilleur dissolvant de la digitonine est l'alcool méthylique, que M. emploie à 1 o/o et en petites quantités (quelques gouttes). Le chloroforme, à cause de son poids spécifique élevé vis-à-vis de l'eau, est le dissolvant le mieux approprié de la cholestérine.

Voici la technique qu'emploie M.

A 2 centimètres cubes d'une solution de cholestérine dans le chloroforme, il ajoute 3 gouttes de la solution alcoolique de digitonine (la solution reste claire) ; puis 5 centimètres cubes d'eau courante : immédiatement, apparaît à la surface de séparation des deux liquides un composé digitonine cholestériné blanc, comparable à des cristaux de neige. On peut rendre plus net le phénomène, en colorant les solutions par 3 gouttes de bleu de Victoria-R. à 1 o/o dans le chloroforme, et l'eau par l'acide picrique à saturation (donc 5 centimètres cubes d'eau picriquée à saturation). Par ce procédé à la digitonine, on peut mettre en évidence de très petites quantités de cholestérine.

L. Chatellier.

Découverte histologique de Schizosaccharomyces hominis dans le cordon ombilical (Histologischer Nachweis der Schizosaccharomyces hominis in der Nabelschnur (Funiculus umbilicalis)), par T. Benedek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 47, 25 novembre 1933, p. 1653, 6 fig.

Le *Schizosaccharomyces hominis*, le parasite constant de l'*homo sapiens* a pu être découvert, par les procédés histologiques, dans l'artère et dans la veine ombilicale. Il se présente sous une forme végétative, typique ; le plus souvent isolé, parfois en petits amas. Ce fait montre que *Schizo. hom.* peut passer dans la circulation maternelle et dans la circulation fœtale. Toute cause de contamination était évidemment évitée.

L. Chatellier.

Les substances lipoïdes de l'antigène de la réaction de Wassermann (Die Lipoidsubstanzen der Wassermann-Antigene), par I. Kartamischew. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 47, 25 novembre 1933, p. 1662.

L'auteur a étudié la réaction de déviation du complément dans le pemphigus et la dermatite herpétiforme de Dühring et il a constaté que l'antigène, préparé avec les extraits d'organes prélevés chez les malades morts de pemphigus, donnait souvent des réactions positives chez les individus avec réaction de Bordet-Wassermann positive. Cette constatation a amené K. à rechercher systématiquement la valeur antigène des extraits d'organes provenant de malades morts de pemphigus et d'autres maladies. De ces recherches, il résulte que les antigènes préparés avec le muscle, le rein, le cœur et le foie, il y avait con-

concordance avec l'antigène standard dans 99-93,9 o/o des cas. Les plus grandes différences s'observent avec les extraits de cerveau et de moelle épinière. Cette discordance tient à la teneur élevée de ces organes en lipoïdes, qui diffèrent des lipoïdes utilisés dans la réaction de Bordet-Wassermann. Les antigènes faits avec les malades atteints de pemphigus et morts de cachexie, donnent des résultats à peu près équivalents à ceux obtenus avec les organes d'individus sains. Il semble donc que ces lipoïdes résistent à la dénutrition même la plus avancée ; ces lipoïdes sont voisins des lipoïdes utilisés dans la réaction de Bordet-Wassermann.

L. Chatellier.

La glossite marginale dans ses rapports avec la lymphogranulomatose inguinale (Glossitis marginata in ihrer Beziehung zur Lymphogranulomatosis inguinalis), par W. E. Coutts. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 47, 25 novembre 1933, p. 1664.

L'auteur a soutenu, depuis 1929, que le virus de la maladie de Nicolas et Favre est d'origine buccale ; que les manifestations génitales sont consécutives à un coït *ab ore*, qui joue un rôle important dans l'épidémiologie de la maladie. Or, avec l'augmentation des cas observés, il a noté l'apparition d'une glossite de forme spéciale, non encore observée. La langue est gonflée sur les bords, infiltrée avec prédominance dans la région superficielle, qui donne au dos de la langue un aspect crevassé. On trouve souvent des vésicules blanchâtres non transparentes, limitées par un sillon profond ; les douleurs sont modérées, il y a gêne de la mastication et de la parole ; les ganglions correspondants sont augmentés de volume. Plusieurs de ces malades ont une réaction de Kahn positive, mais le traitement antisyphilitique associé au vaccin antichancrelleux ne donne aucun résultat. Tous les malades accusent un coït buccal. Chez les 12 malades, la réaction de Frei était positive. Le traitement par le néostibosan a donné les meilleurs résultats. L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Recherches sur la calvitie prématurée chronique (Untersuchungen über den prämaturen chronischen Haarausfall), par J. Wadel. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, nº 46, 17 novembre 1933, p. 1383, 1 fig.

L'auteur donne la description d'un appareil qui permet de mesurer la mobilité du cuir chevelu sur le crâne dans le sens antéro-postérieur sagittal, dans le sens antéro-postérieur latéral droit et gauche en partant de la racine du nez jusqu'à la protubérance occipitale ; et dans le sens transversal : région frontale et région occipitale. Ces variations s'inscrivent en millimètres.

Des résultats acquis, il résulte que la mobilité des parties chauves est beaucoup plus faible que celle des parties chevelues ; que le cuir chevelu des chauves est moins mobile que celui des individus à chevelure

normale. Chez les chauves, le cuir chevelu est trop court tant dans le sens sagittal que transversal, il en résulte une tension du cuir chevelu qui compromet le remplacement et la nutrition du cheveu, et qui aboutit enfin à sa chute. L. CHATELLIER.

Sur la pellagre en Styrie (Ueber Pellagra in der Steiermark), par J. MONAUNI. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, no 47, 27 novembre 1933, p. 1413.

Revue générale à propos de deux cas personnels sur la pellagre ; dans cette revue, l'auteur rappelle les théories successives, mais insuffisantes qui ont été proposées pour expliquer le syndrome pellagreux : maladie infectieuse, maladie par intoxication, maladie par carence ? L'étiologie précise de cette affection n'est pas encore connue. La constitution et l'hérédité jouent un rôle, mal précisé. En outre, les maladies pellagroïdes et les pellagres secondaires ajoutent aux difficultés du problème.

L. CHATELLIER.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Données sur 21 cas de sténose rectale (Syhiplome ano-rectal de Fournier) (Aportaciones sobre 21 casos de estenosis rectal) (Sifiloma anorrectal de Fournier)), par E. DE GREGORIO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 1, oct. 1933, p. 5, 11 fig.

Dans 21 cas de sténose rectale, E. de G. a pratiqué des intradermoréactions avec divers antigènes.

L'antigène de Frei a donné 20 résultats positifs et 1 résultat douteux. Celui de Levaditi (préparé avec un cerveau de singe auquel on a inoculé le virus lymphogranulomateux) a donné 21 résultats positifs. Ces réactions, s'ajoutant aux preuves cliniques expérimentales et anatomo pathologiques, sont d'une grande valeur.

Toutefois, les intradermo-réactions pratiquées chez les mêmes malades avec le Dmelcos ont été positives dans 20 cas sur 21. E. de G. conclut à l'existence chez ces sujets d'une double infection par le bacille de Ducrey et par le virus lymphogranulomateux.

D'autre part, la plupart d'entre eux sont atteints de syphilis.

L'infection lymphatique de la région est d'une importance majeure ; elle détermine primitivement une lésion ganglionnaire péri-rectale (ganglions de Gérota). Suivant ensuite un trajet rétrograde, elle remonte jusqu'à l'origine des lymphatiques dans la muqueuse rectale.

La porte d'entrée de l'infection peut se trouver dans la région génitale externe ou dans la région anale. Dans le premier cas on observe un syndrome ano-génital et dans le second une sténose rectale pure.

L'agent infectieux dans un grand nombre de cas est celui de la maladie de Nicolas-Favre, mais il convient, d'après l'auteur, de n'oublier ni la syphilis, ni le chancre mou, affections fréquentes en pathologie sexuelle et dont l'intervention reste possible dans la pathogénie des sténoses rectales. J. MARGAROT.

Pelade, vitiligo et syphilis (Pelada, Vitiligo y Sifilis), par Enrique Alvarez Sainz de Aja, Miguel Forns Contera et Pelayo Gomes Martinez. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 1, octobre 1933, p. 35.

Sur 82.000 malades atteints d'affections cutanées diverses, les auteurs comptent 1.671 pelades et 188 vitiligos.

La pelade est due à la syphilis dans 4 cas (alopécies syphilitiques du type peladoïde). Elle coïncide avec cette affection chez 93 malades et évolue isolément ou associée à d'autres dermatoses dans les 1.574 cas restant.

Les auteurs ne trouvent pas d'arguments statistiques, cliniques ou thérapeutiques permettant d'affirmer ou même de soupçonner que la syphilis est la cause immédiate ou éloignée de la pelade. Ils ne sauraient davantage conclure à une parenté étiologique entre la pelade et le vitiligo.

J. Margarot.

Nævus zoniforme à comédons avec adénome sébacé et kystes sébacés (Nevus zoniforme, a comedones, con adenoma sebáceo y quistes sebáceos), par José Luis Carrera. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 1, octobre 1933, p. 40, 3 fig.

Une lésion congénitale zoniforme occupe le cinquième espace intercostal droit. Elle est constituée à ses deux extrémités par des comédons et en son centre par des kystes sébacés.

Le groupe tumoral est enlevé en bloc. L'examen histologique précise sa nature et montre qu'il est fait de la juxtaposition de comédons, de kystes sébacés, de kystes folliculaires et d'un adénome sébacé. Il n'existe pas d'éléments næviques.

Des malformations analogues ont été décrites sous le nom de nævus à comédons, de nævus unilatéral comédonien. D'après J. L. C. l'expression la plus exacte serait celle de « cystadénome sébacé de distribution zoniforme ».

J. Margarot.

Sclérodermie généralisée et sclérodactylie (Esclerodermia generalizada con esclerodactilia), par E. Castans. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 1, octobre 1933, p. 44.

Une femme de 20 ans, atteinte de sclérodermie généralisée avec sclérodactylie, est soumise à des traitements successifs par la thyroïde et l'ovaire, associés à l'iode, par un extrait pluri-glandulaire et par la surrénale. Une amélioration sensible est notée. E. C. envisage une sympathicectomie péri-artérielle suivant la méthode de Leriche et Fontaine.

J. Margarot.

Réserve alcaline et dermatoses (Reserva alcalina y Dermatosis), par Pablo Carrero Cuesta. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 1, octobre 1933, p. 50.

Les recherches de l'auteur portent sur 200 cas de dermatoses diverses. Les déterminations ont été faites d'une manière à peu près constante le lendemain du premier examen. La technique utilisée est celle de Van Slyke.

70 o/o des malades étudiés présentent un déséquilibre acido-basique net : avec alcalose dans 16 o/o des cas et réaction acidosique dans 54 o/o.

D'une façon générale, les dermatoses s'accompagnent d'une acidose plus ou moins marquée. C'est ainsi que sur 36 cas d'eczéma, 8 sont alcalosiques, 17 acidosiques et 11 normaux. Seuls, l'acné et le psoriasis donnent des chiffres qui traduisent une légère tendance à l'alcalose.

P. C. estime que la mise en évidence d'un déséquilibre acido-basique présente une importance particulière dans les réactions cutanées. Il s'agit d'un facteur pathogénique qui peut contribuer à la persistance de la dermatose ou d'une modification du terrain susceptible d'en contrarier l'évolution habituelle.

Les chiffres obtenus présentent un parallélisme fréquent avec la marche de l'affection cutanée. Leur détermination fournit au médecin une indication thérapeutique et permet un traitement différent suivant le sens du déséquilibre observé. J. Margarot.

Carcinome pagétoïde (Carcinoma pagétoïde), par C. Aguilera Maruri. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 1, octobre 1933, p. 75, 2 fig.

Un cancer du sein, observé chez un homme de 66 ans, débute par un nodule sous-cutané, qui s'accroît lentement et au bout d'un an et demi s'ouvre à la peau. A ce moment, un large érythème couvre l'hémithorax correspondant ; on trouve sur la tumeur ulcérée une croûte sèche, dont l'enlèvement met à nu une ulcération ayant le diamètre d'une cerise et limitée par une zone jaunâtre, en forme de collerette.

L'examen histologique montre, à côté de cellules cancéreuses typiques, des éléments épidermiques dyskératosiques considérés jusqu'à ces derniers temps comme caractéristiques de la maladie de Paget du sein.

A. M. rappelle les travaux de Massia et Rousset qui ont mis en évidence des formes cellulaires analogues dans l'épiderme normal du mamelon. Le diagnostic de maladie de Paget lui paraît devoir être écarté. Il s'agit d'un aspect histologique répondant aux lésions désignées par Simard sous le nom d'Histopaget. J. Margarot.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliographia (Madrid).

Répercussions lointaines de la syphilis (Repercusiones lejanas de la sifilis), par Sainz de Aja. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 9e année, n° 97, octobre 1933, p. 3.

S. de A. fait un tableau d'ensemble du problème médico-social de la syphilis. Il montre l'étendue de son domaine par rapport à celui des affections les plus fréquentes. Elle constitue un des facteurs les plus importants de dénatalité, de morbidité et de moindre longévité. Sous le titre de « Beauté et syphilis héréditaire », un chapitre évoque toutes les disgrâces physiques et morales dont se trouve affligée la descendance des malades.

Parmi les conclusions relatives à la lutte contre le fléau, l'auteur met au premier plan la nécessité de ne confier cette lutte qu'à des médecins spécialistes dont la compétence serait établie par un diplôme délivré après deux ans d'études dans une École supérieure de syphiligraphie.

J. MARGAROT.

Ulcère phagédénique de la muqueuse et des tissus mous du pilier antérieur droit du voile du palais et des régions voisines, ayant entraîné la mort par hémorragie carotidienne (Ulcera fagedenica de la mucosa y tejidos blandos situada en en pilar anterior del paladar derecho y regiones proximas al mismo, determinando la muerto por hemorragia de la carotida), par BORRAS TORRES. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 97, octobre 1933, p. 13.

Un homme de 60 ans, atteint de syphilis et ayant un Bordet-Wassermann positif, présente une ulcération circulaire, à bords irréguliers et très dentelés, recouverte de détritus jaunâtres, sanguinolents, d'aspect gangréneux et très fétides. Elle s'étend des dernières molaires à la base de la langue et au pilier antérieur du côté droit et donne lieu à du trismus et à de la dysphagie. Des symptômes généraux d'infection et une fièvre élevée complètent le tableau clinique. L'examen bactériologique ne met en évidence que des germes banaux.

Sous l'influence d'un traitement local et général, une légère régression semble se faire lorsque le malade est emporté par une hémorragie foudroyante de la carotide.

J. MARGAROT.

Sur l'érythromélalgie (Sobre la eritromelalgia), par F. LAURET GIL. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 97, octobre 1933, p. 16.

L'érythromélalgie de Weir-Mitchell doit être rangée dans le groupe des névroses vaso-motrices et trophiques.

Elle apparaît le plus souvent au milieu du tableau clinique plus complexe d'une autre affection de plus grande envergure, mais l'existence de cas typiques dans lesquels on la trouve à l'état de pureté justifie la place à part qu'on lui fait dans la nosologie.

Elle peut être de nature organique, réflexe ou fonctionnelle.

Dans le premier cas, elle a pour origine des lésions du système neurovégétatif situées en un point quelconque de son trajet, depuis la corticalité jusqu'à ses terminaisons, en passant par les centres spinaux et ganglionnaires.

Organique par son origine, réflexe par son mécanisme de production, telle est l'érythromélalgie liée à des lésions vasculaires. Elle mérite une place à part à cause de sa fréquence.

L'érythromélalgie fonctionnelle est sous la dépendance de troubles endocriniens et plus spécialement d'altérations des glandes génitales et du corps thyroïde.

J. MARGAROT.

Mécanismes étiopathogéniques de l'eczéma dit infantile, dermatose par sensibilisation (Mecanismos etio-patogénicos del eczema llamado infantil, dermatosis par sensabilizacion), par Noguer-More. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 97, octobre 1933, p. 32.

N. M. étudie le comportement de la peau de l'enfant vis-à-vis de divers aliments (tropho-allergènes) et d'antigènes tels que les émulsions bactériennes obtenues avec la flore intestinale, les albumines, etc. (pharmaco-allergènes). Ces substances, introduites par injection intradermique ou déposées sur une petite scarification, peuvent donner lieu à deux modalités de réactions.

Les unes, intenses, brutales, consistent en un choc anaphylactique (urticaire) et anaphylactoïde, supposent la prédominance d'un antigène défini et s'améliorent ou disparaissent par la seule suppression de cet antigène (matières grasses du lait, œufs, etc.).

Les secondes, discrètes, ne sont pas marquées par un choc anaphylactique, mais traduisent une cuti-allergie évidente (eczéma). Elles se développent toujours lentement et s'accompagnent d'une sensibilisation polyvalente.

La fréquence chez l'enfant d'hypersensibilités non précédées de sensibilisation permet de conclure à l'existence d'allergies dues à une prédisposition constitutionnelle ou à une sensibilité innée, suivant l'expression de Debré.

Divers arguments et, en particulier, la négativité fréquente des intradermo-réactions à l'entérocoque, ne permettent pas à N. M. d'admettre, avec Montlaur et Vidal, que ce germe jouerait le rôle d'antigène habituel dans l'eczéma infantile.

Appliquant à son travail la conclusion des recherches de Much, d'après lesquelles certains vaccins non spécifiques peuvent donner lieu à des immunités actives, N. M. estime que le meilleur agent de désensibilisation doit être un *antigène global*, susceptible de se dédoubler en antigènes partiels dans l'organisme. Au point de vue pratique, l'albumine paraît répondre plus spécialement à cet antigène théorique. C'est avec elle que sont obtenus les meilleurs résultats dans le traitement de l'eczéma infantile par la technique des cuti-réactions.

J. Margarot.

Diagnostic biologique expérimental de l'allergie cutanée de la première enfance (Diagnostico biologico-experimental de la allergia cutánea de la primera infancia), par J. Mercadal, Peyri et Carlos Cardenal. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 97, octobre 1933, p. 36.

Les travaux de Moro et ceux de Woringer ont établi l'existence d'une allergie au blanc d'œuf chez la plupart des nourrissons atteints d'eczéma, bien que cette albumine n'ait jamais fait partie de leur alimentation.

Tous les cas d'eczéma infantile véritable étudiés par les auteurs ont donné lieu à une réaction positive avec cet antigène, tandis que le

même essai a donné des résultats toujours négatifs dans d'autres affections cutanées, telles que le strophulus, les prurigos, l'urticaire, l'érythrodermie, etc.

D'autre part, les dermo-réactions pratiquées chez les malades atteints d'eczéma infantile vrai avec diverses substances autres que le blanc d'œuf (lait maternel, lait de vache, farines) ont été constamment négatives. J. MARGAROT.

Diagnostic de l'allergie cutanée chez l'enfant (Diagnostico de la alergia cutánea en el niño), par Salvador GODAY et M. CARBONELL. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 97, octobre 1933, p. 39.

G. et C. passent en revue les nombreux moyens de diagnostic de l'allergie chez l'enfant.

L'application de ces techniques à leurs malades leur a donné des résultats positifs dans deux cas sur sept. La dermo-réaction au blanc d'œuf était positive, mais l'épreuve de la transmission passive de Praussnitz-Küstner s'est montrée négative. J. MARGAROT.

Etude expérimentale des états allergiques cutanés chez les tuberculeux (Estudio experimental de los estados cutáneos alergicos en los tuberculosos), par J. DOMENECH ALSINA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 97, octobre 1933, p. 41.

La valeur diagnostique et pronostique des modalités de la réaction tuberculinique locale est très limitée.

Les réactions intenses ne sont pas toujours en rapport avec un processus actif.

Par contre, la différenciation des petits degrés d'allergie présente une réelle valeur clinique surtout au début de la vie. On peut par leur étude établir l'existence d'une phase pré-allergique ou d'un état passager d'hypo-allergie, d'une allergie atténuée de durée variable.

L'extension du B. C. G. a permis d'observer de nombreux cas d'allergie à la tuberculine due à cette vaccination. Il s'agit ordinairement de réactions peu intenses. J. MARGAROT.

Allergie et anomalies de la constitution (Alergia y anomalias de la constitucion), par Juan CORDOBA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, no 97, octobre 1933, p. 42.

Il existe une relation étroite entre les diverses réactions cutanées de l'allergie et les anomalies constitutionnelles. Les enfants de constitution anormale présentent une véritable hyperergie vis-à-vis de tous les facteurs pathogènes (infections, intoxications, agents physiques, thermiques, etc.). Le traitement général du terrain vicié doit ouvrir la voie au traitement spécifique de désensibilisation.

J. MARGAROT.

Revista Medica de Barcelona.

Rôle de la syphilis dans les maladies rhumatismales (Papel de la sifilis en las enfermedades reumáticas), par R. Cirera Volta. *Revista Medica de Barcelona*, t. XIX, 10e année, no 114, juin 1933, p. 473.

A côté des affections articulaires ou musculaires ayant la syphilis pour origine directe et exclusive, il existe divers syndromes locomoteurs dans lesquels elle intervient comme un facteur pathogène associé. En particulier dans la pseudo-sciatique par infiltration du tissu cellulaire et dans les lésions fibreuses en général, le tréponème joue un rôle important. Il est probable qu'il agit en donnant lieu à une vascularite initiale qui a pour effet d'altérer la nutrition et facilite la fixation des toxines véhiculées par le torrent circulatoire.

J. Margarot.

La période préclinique de la syphilis cardio-vasculaire (El periodo preclinico de la sifilis cardiovascular), par Antonio Peyri et Christian Cortes. *Revista Medica de Barcelone*, t. XXXIX, 10e année, n0 114, juin 1933, p. 480.

Par analogie avec la phase préclinique de la syphilis nerveuse, établie par Ravaut, A. P. et C. C. concluent à l'existence d'une période préclinique de la syphilis cardio-vasculaire.

L'orthodiagraphie, l'électrocardiographie, etc., permettent souvent de déceler l'existence de lésions cliniquement latentes dont le diagnostic précoce permet un traitement opportun.

Leur pronostic est moins grave que celui des altérations de la période clinique. Elles sont plus facilement guérissables.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le vitiligo dû à l'érythrodermie arsénobenzolique ou à l'arsenic d'origine inconnue (Vitiligo from arsphenamine dermatitis and from arsenic of unknown origin), par Cannon et Karelitz. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, no 5, novembre 1933, p. 642, 15 fig.

C. et K. ont été frappés par l'apparition de vitiligo chez trois Nègres consécutivement à des érythrodermies arsénobenzoliques. Cinq mois après le traitement, ils ont constaté chez ces malades une rétention considérable d'arsenic dans le sang et les urines et la présence de granules d'arsenic dans la peau.

Sept autres cas de vitiligo furent alors étudiés dans lesquels aucun traitement arsénobenzolique n'avait été appliqué. Dans ces cas, comme dans les précédents, les dosages de l'arsenic dans le sang, les urines et la peau montraient des taux exceptionnellement élevés. Il y avait donc rétention d'arsenic dans tous les cas de vitiligo examinés.

C. et K. passent en revue les cas de dépigmentation arsenicale qui ont été publiés et rappellent la possibilité d'intoxications d'origine pro-

fessionnelle, accidentelles, etc. Ils pensent que la rétention d'arsenic peut constituer un facteur étiologique du vitiligo par un mécanisme encore obscur, mais qui pourrait être une action directe sur les cellules basales de l'épiderme. S. FERNET.

American Journal of Cancer.

Hémangiomes multiples montrant certaines caractéristiques de malignité chez un nourrisson (Multiple hemangiomas showing certain malignant characteristics in an infant), par Austin C. TAYLOR et Elisabeth MOORE. *The American Journal of Cancer,* vol. XIX, n° 1, août 1933, p. 31.

Chez un enfant de 3 mois, présence d'angiomes multiples de la peau, du foie et des poumons, avec, dans le foie, tendance envahissante, fibrose périphérique et formation de néocanalicules. Néanmoins, le mode de la prolifération cytoplasmique et nucléaire demeure celui d'une tumeur bénigne. G. SOLENTE.

L'hérédité du cancer dans l'humanité (The inheritance of cancer in mankind), par Arthur HUNTER. *The American Journal of Cancer,* vol. XIX, n° 1, septembre 1933, p. 79.

Étude faite parmi les assurés d'une Compagnie, la New-York Life Insurance Company. Déjà dans une première enquête faite chez 118 sujets dont le père et la mère étaient morts de cancer, dans 2 cas seulement la cause de mort relevée pour les grands-parents avait également été le cancer ; sur 234 réponses utilisables, et, parmi 200 réponses concernant les frères et sœurs, 9 seulement indiquaient le cancer.

Une autre enquête releva le cancer comme cause de mort d'un des parents dans 488 cas sur 20.000 sujets. Le cancer ne jouait qu'un faible rôle dans les causes de mort des enfants issus de ces personnes décédées de cancer.

Une troisième recherche a relevé parmi les sujets assurés sur la vie vers 1914 et 1915, à l'âge de 45 ans et plus, 354 morts par cancer. Neuf seulement des 589 ascendants étaient, d'après les réponses reçues, eux-mêmes décédés de cancer. Quant aux frères et sœurs décédés, la réponse cancer ne fut donnée comme cause de mort que dans 4 cas. Ces chiffres sont inférieurs à ceux fournis dans une recherche de contrôle pour un nombre égal de témoins, décédés d'autre cause que le cancer.

Parmi les sujets assurés en 1916 et 1917 à l'âge de 50 ans ou plus, 233 moururent de cancer. De leurs 466 parents, 55 vivent encore, 8 seulement sont morts de cancer. Quant aux 1.169 frères et sœurs, 5 seulement jusqu'à présent sont morts de cancer, à en juger par les réponses reçues. Là encore, des témoins morts d'autres causes fournirent des chiffres supérieurs.

Une telle étude n'écarte pas la possibilité d'une disposition héréditaire au cancer dans certaines familles. Mais de tels cas sont rares, et,

dans l'ensemble, un décès par cancer dans une famille n'est pas pour les autres membres une raison de craindre le même genre de mort.

G. SOLENTE.

Aspects étiologiques et pathologiques du cancer à cellules squameuses de la verge chez les Chinois (The etiological and pathological aspects of squamous-cell carcinoma of the penis among the Chinese : an analytical study of 107 cases), par S. K. NGAI. *The American Journal of the Cancer*, vol. XIX, n° 2, octobre 1933, p. 259, 13 fig.

Étude portant sur 107 cas de cette forme de cancer particulièrement fréquente chez les Chinois. Parmi ses causes relevons, avec N., le rôle de la misère : fréquence surtout chez les fermiers et les coolies ; le rôle aussi des maladies vénériennes antérieures : gonorrhée dans 37 o/o des cas ; syphilis décelée par un Bordet-Wassermann positif ou douteux dans 4 o/o seulement. Dans un cas, apparition du cancer sur un chancre non guéri. L'importance bien connue du phimosis fut relevée dans 99 o/o des cas. Celui-ci favorise l'irritation due au contact de l'urine et à la sécrétion des glandes de Tyson. La malpropreté locale aggrave encore la situation.

Au point de vue clinique, quatre aspects principaux : aspect leucoplasiforme dans 10,34 o/o des cas ; papillaire dans 50,58 o/o ; nodulaire dans près de 29 o/o ; infiltrant dans environ 10 o/o. Le point de départ de la lésion est le gland un peu plus souvent que le prépuce. Le point de départ histologique est presque toujours l'épiderme de la muqueuse du gland ou du prépuce. Dans environ 32 o/o des cas existaient déjà des métastases ganglionnaires inguinales. En revanche, les métastases internes ou même testiculaires semblent exceptionnelles. L'examen du sang montre communément une leucocytose accompagnée plus rarement d'anémie modérée.

G. SOLENTE.

Thérapeutique par les radiations dans le cancer de la peau (Radiation therapy in skin cancer), par HAYES E. MARTIN. *The American Journal of Cancer*, t. XIX, n° 3, novembre 1933, p. 605, 15 pl. en noir.

Étude des principes généraux à observer dans l'irradiation des lésions superficielles. L'aire de la surface radiante, la distance de l'applicateur, la filtration, le voltage sont précisés selon l'indication. Les applicateurs standard usités par M. sont décrits et le mode de traitement précisé, notamment dans divers cas difficiles (cancers anciens réactivés, cancer de la paupière, de la lèvre, etc.). Les résultats sont de plus illustrés de belles photographies.

G. SOLENTE.

Mesures chirurgicales conservatrices facilitant l'implantation du radium (Conservative surgical measures faciliting radium implantation), par Georges S. SHARP. *The American Journal of Cancer*, vol. XIX, n° 3, novembre 1933, p. 622, 18 pl. en noir.

En certains cas, diverses mesures chirurgicales peuvent faciliter la curiethérapie, tels drainage, intervention osseuse, abrasion de la

partie exubérante d'une tumeur, d'où application plus directe du radium. Les cas particuliers envisagés sont : le cancer de la lèvre où, dans les formes ulcérées ou infiltrantes, un irradiation modérée est suivie d'excision 8 à 10 jours après. Le cancer de la langue ou du plancher de la bouche, où, dans certains cas, l'irradiation externe, interstitielle et des interventions peuvent se succéder dans certains délais. Le carcinome des sinus nasaux accessoires, du larynx, enfin les métastases cervicales de carcinomes épidermoïdes. Dans ce dernier cas peut être indiquée la mise à jour du ganglion qu'on peut alors soit aspirer dans un but de diagnostic, soit soumettre à l'implantation de grains de radon. G. SOLENTE.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

L'emploi du dinitrophénol dans l'obésité et les affections voisines (Use of dinitrophenol in obesity and related conditions), par TAINTER, STOCKTON et CUTTING. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CI, n° 19, 4 novembre 1933, p. 1472.

Au cours d'une étude de 113 cas d'obésité traités par le dinitrophénol, les auteurs signalent, parmi d'autres complications, l'apparition d'éruptions médicamenteuses dans 7 o/o des cas. Il s'agit habituellement d'éruptions érythémato-papuleuses ou urticariennes, accompagnées d'œdème. Elles paraissent se produire plus fréquemment avec le dinitrophénol qu'avec les autres médicaments usuels et constituent le plus grand inconvénient de cette médication. S .FERNET.

Dermite due aux bois (Dermatitis due to woods), par SENEAR. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CI, n° 20, 11 novembre 1933, p. 1527.

A l'occasion d'un cas de dermite eczématiforme due au maniement d'un arc en bois, S. discute la pathogénie des faits de ce genre, étudie les divers types d'éruptions et les conditions dans lesquelles elles se produisent ; le contact direct n'est pas toujours nécessaire, la seule proximité de certains arbres suffit dans certains cas à provoquer des éruptions.

Jusqu'à présent, les bois exotiques ont surtout été incriminés et leur action allergisante a été officiellement reconnue par le Bureau International du Travail. Mais l'étude de la littérature montre que de nombreux bois des régions tempérées doivent aussi être incriminés ; S. tente d'en dresser la liste et de préciser la nature des substances nocives qu'ils contiennent. S. FERNET.

Il Dermosifilografo (Turin).

Sur le contenu en ferment amylolytique du liquide céphalo-rachidien, du sang et du liquide de bulle des sujets lépreux et syphilitiques, par Alessandro FERRARI et Filippo FRANCHI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 11, novembre 1933, p. 589. Bibliographie.

Il n'existe que des recherches peu nombreuses et fragmentaires sur le contenu en ferment du liquide céphalo-rachidien. Des recherches récentes de Marchionini et Ottenstein ont montré que le liquide céphalo-rachidien des sujets non luétiques contient une quantité appréciable de ferment amylolytique ; dans les liquides céphalo-rachidiens des luétiques, on obtient des valeurs très basses et, par contre, dans le dialysat cutané, on constate des valeurs très hautes.

Ces variations sont attribuées par Marchionini et Ottenstein à des altérations de caractère physico-chimique aux dépens des colloïdes des cellules nerveuses et cutanées sous l'influence du tréponème ou de ses toxines.

Prenant ces recherches comme base, les auteurs ont étudié le contenu en amylase du liquide céphalo-rachidien du sang, du liquide de bulle et de ventouse chez 5 lépreux, le contenu en amylase du liquide céphalo-rachidien de 8 sujets normaux et de 12 luétiques aux différents stades et enfin le contenu en amylase dans le sérum du sang et dans le liquide de bulle de 11 luétiques. Ils ont, en outre, recherché la gélatinase dans 4 cas de lèpre et ils ont pratiqué sur des liquides céphalo-rachidiens de lépreux les réactions habituelles pour la syphilis.

Les résultats qu'ils ont obtenus peuvent se résumer ainsi :

1° dans le liquide céphalo-rachidien normal de 8 sujets, le ferment amylolytique est présent, bien qu'à un taux nettement inférieur à celui des autres liquides organiques ;

2° dans la lèpre, chez 5 sujets examinés, le ferment amylolytique n'était pas démontrable, même à une seconde lecture, chez 4 de ces malades ; chez le cinquième, il existait en quantité minime ;

3° par contre, chez les sujets lépreux, le ferment amylolytique du sang, du liquide de ventouse et du liquide de bulle donne des valeurs augmentées par comparaison aux valeurs normales ;

4° les variations du contenu en amylase du liquide céphalo-rachidien des lépreux sont indépendantes de la présence ou non d'altérations se traduisant par la positivité des réactions spécifiques de la lues ;

5° dans l'infection syphilitique (à tous les stades) dans les cas qui ont été étudiés, le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'amylase ; dans le sang, dans le liquide de ventouse et de bulle, au contraire, le contenu en amylase est fortement augmenté par comparaison aux valeurs normales, et il atteint des valeurs très supérieures à celles que l'on observe dans la lèpre ;

6° le défaut de parallélisme entre le contenu en amylase du liquide

céphalo-rachidien et des autres liquides organiques examinés permet d'exclure que l'amylase du liquide céphalo-rachidien soit de provenance hématique et fait admettre, au contraire, qu'elle est due à une production locale ;

7° les variations du contenu en amylase du liquide céphalo-rachidien doivent être vraisemblablement considérées, selon l'opinion de Marchionini et Ottenstein, comme l'expression d'altérations de nature physico-chimique aux dépens des colloïdes cellulaires nerveux et cutanés, provoquées par le bacille de Hansen et par le tréponème ;

8° pour le moment, il ne semble pas possible aux auteurs, étant donné le petit nombre de cas examinés, d'attribuer une valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic, à ces variations du taux de l'amylase dans le liquide céphalo-rachidien. BELGODERE.

Relevés statistico-cliniques sur les contagions de syphilis observées récemment à Sienne, par Giuseppe BERTACCINI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 11, novembre 1933, p. 610.

L'auteur rapporte les résultats de la statistique de la syphilis à Sienne pendant un an (juillet 1932-juillet 1933). Elle révèle une augmentation des cas de syphilis : 76 pour l'année au lieu de 16 l'année précédente et de 5 à 10 les années antérieures. Il y a donc une augmentation nette. Mêmes observations que partout ailleurs sur le rôle néfaste de la prostitution clandestine : un seul cas provenant d'une maison de tolérance. Autre particularité digne de mention : l'augmentation de fréquence des contagions tardives, à 50, 60, 70 ans et l'une même à 79 ans, chancre de la verge d'origine vénérienne ; d'autre part, 7 cas de contagion avaient pour même origine une vieille prostituée de 52 ans, ce qui témoigne d'une diminution de moralité qu'on peut regretter, mais par contre d'une augmentation de vitalité dont on doit se féliciter ; en somme, il y a compensation. Faisant remarquer que cette augmentation de la syphilis n'est pas spéciale à la ville de Sienne, mais qu'elle a été observée ces derniers temps un peu partout, l'auteur en discute les causes : facteurs économiques, etc... On avait cru, en voyant la syphilis diminuer progressivement après la guerre, pouvoir arriver à l'extinction. Les recrudescences que l'on observe aujourd'hui commandent la circonspection et doivent nous mettre en garde contre les illusions trop optimistes et la vigilance prophylactique ne doit pas se relâcher.

BELGODERE.

Myomes cutanés multiples éruptifs avec particularités cliniques et histologiques encore non décrites, par SANNICANDRO. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 11, novembre 1933, p 618.

L'auteur étudie un cas de myomes cutanés multiples éruptifs, intéressant par des particularités cliniques et histologiques jusqu'alors non décrites dans cette affection spéciale.

Les tumeurs, isolées et agminées, localisées à la jambe et au pied

droits chez un homme de 60 ans, à poussées successives, se résolvent spontanément, laissant une pigmentation cutanée longtemps persistante.

Cette dernière, plus évidente sur les points où plusieurs nodules se sont groupés, se présente sous la forme de plaques irrégulières, de grandeur diverse, de couleur brun chocolat, et rappellent un peu la dermite purpurique et pigmentaire et les formes voisines.

L'étude histologique démontre qu'il s'agit de léiomyomes typiques, pourvus d'une capsule conjonctive et délimités à la périphérie par des foyers multiples d'hémosidérine, par des vaisseaux sanguins dilatés. Ces derniers constituent le point de départ de la néoformation.

BELGODERE.

Neurasthénie syphilitique et grippe thérapeutique, par Alberto ZIVERI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 11, novembre 1933, p. 626.

L'auteur, qui est un neurologiste, distingue d'abord *l'asthénie du début*, pour laquelle il se rallie à l'opinion de Schulmann, qui la considérait comme une manifestation purement psychique. Puis on observe *l'asthénie de la période secondaire*, pour laquelle une pathogénie psychique peut être certainement invoquée dans certains cas. Mais il en est d'autres dans lesquels il s'agit d'une véritable *neurasthénie aiguë toxi-infectieuse* et la preuve la meilleure que l'on puisse en donner, c'est qu'elle se manifeste même dans les cas de syphilis ignorée. Une autre variété d'asthénie au cours de la syphilis est *l'asthénie post-thérapeutique*, l'asthénie et la *grippe* occasionnées par le mercure, le bismuth, l'iodure. On peut donner de ces manifestations une explication toxique. Mais il peut exister aussi une pathogénie infectieuse, explicable par le biotropisme. C'est ainsi que ces accidents ont été observés de préférence au cours d'épidémies de grippe, surtout avec le Bi, qui exalterait la virulence de l'agent microbien d'ailleurs mal connu de la grippe. Au point de vue pratique, la conclusion qu'on doit tirer de ces faits est qu'il faudra se montrer réservé dans l'emploi du Bi en temps de grippe. BELGODERE.

Bulletin International de l'Académie Polonaise des Sciences.

La transformation des composés chimiques sous l'action du tréponème pâle, par SUPNIEWSKI et HANO. *Bulletin International de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres* (Classe de Médecine), nos 2 5, février-mai 1933, p. 181 (en français).

Les auteurs ont cultivé les tréponèmes pâles à l'abri de l'air sur un milieu contenant : peptone 1 o/o, NaCl 0,2 o/o, biphosphate de K 0,2 o/o, sérum de lapin 10 o/o. Le *p*H de ce milieu était ensuite élevé à 7,3-7,6. Les tubes étaient maintenus dans des récipients vides d'air et remplis d'hydrogène et le tout placé dans une étuve à 37°.

C'est ainsi que le métabolisme du tréponème pâle a pu être étudié ;

il se distingue de celui des autres cellules animales et végétales. En effet, les tréponèmes pâles ne produisent pas de grands changements métaboliques exogènes et c'est précisément par ce fait qu'ils diffèrent des bactéries.

Les tréponèmes n'acidifient pas fortement les milieux, ils les amènent à un niveau à peu près constant de *p*H 6,1. Ils acidifient les milieux alcalins et alcalinisent les milieux acides. L'acidification est surtout une conséquence de la production d'acide carbonique et peut-être d'autres acides fixes.

Les tréponèmes décomposent et utilisent peut-être certains sucres ajoutés aux milieux, tels que le bioxyacétone, la xylose, l'arabinose et le galactose. Ils ne paraissent pas utiliser la plupart des hexoses. Le glucose et le fructose, sucres facilement assimilables pour la plupart des êtres vivants, sont assez difficilement décomposés par les tréponèmes pâles, plus difficilement que les pentoses, qui, généralement, sont mal utilisés. La décomposition du glucose par les tréponèmes ne s'accompagne pas de production d'acide lactique qui se forme presque toujours au cours de l'oxydation des sucres par les cellules vivantes. Au contraire, les tréponèmes décomposent dans les milieux l'acide lactique ainsi que l'acide β-oxybutyrique. Les tréponèmes décomposent la glycérine ainsi que l'acide glycérophosphorique et l'acide hexosobiphosphorique jusqu'aux phosphates minéraux. D'autres alcools, tels que l'érythrite et la mannite, ne sont pas utilisés ; la sorbite est utilisée en petite quantité.

Les tréponèmes exercent la plus forte action destructive sur les composés azotés. Ils disposent de propriétés protéolytiques. Ils décomposent les albumines des milieux et font augmenter la quantité d'azote résiduel et celle des acides aminés. Ils décomposent enfin les acides aminés et forment de l'ammoniaque. On constate l'augmentation des quantités de tryptophane et de cystéine dans les milieux, mais jamais les germes ne produisent de l'indol.

Les tréponèmes exercent une forte action uricolytique. Ils décomposent complètement l'acide urique ajouté au milieu. Ils se développent bien dans les solutions d'acide urique additionnées d'albumines de lapin, à condition que les cultures soient protégées contre l'action de l'air.

La croissance des tréponèmes est intense également dans les solutions de nucléate de soude (de la levure). Ils décomposent cet acide et forment des phosphates minéraux et organiques, des sucres (pentoses) et de petites quantités de purines ; ils décomposent l'acide nucléique en composés plus simples.

Les changements opérés dans les cultures par les tréponèmes sont tout à fait spécifiques et rappellent plutôt les changements observés au cours des processus métaboliques des cellules animales que ceux qui sont produits par les bactéries. S. Fernet.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique, publié sous la direction de J. Belot, P. Chevallier, J. Gaté, P. Joulia, M. Pinard, E. Ramel, E. Schulmann, A. Touraine, R. J. Weissenbach, t. I, fasc. I, t. II, fasc. II. Doin, éditeur, Paris.

Ce traité est publié sous la direction de jeunes dermatologistes, qui ont eu pour but de faire une œuvre essentiellement pratique. Il s'ensuit que les notions théoriques sont à peine esquissées, les indications bibliographiques réduites au minimum ; la description clinique, la thérapeutique y occupent la première place. Schulmann, qui assumait la fonction de secrétaire général de la rédaction, avait demandé à ses collaborateurs de s'efforcer, tout en suivant la tradition, de montrer clairement, en évitant les discussions abstraites ou trop hypothétiques, ce que les recherches modernes ont apporté à la dermatologie. Certes, l'étude des lésions élémentaires reste la base solide du diagnostic dermatologique, mais « l'ère morphologique pâlit », dit-il, et la simple observation, si minutieuse soit-elle, doit s'accompagner de recherches beaucoup plus délicates. L'histologie pathologique avait réalisé de grands progrès, pourtant beaucoup de nos conceptions histologiques ont été renouvelées par l'étude bactériologique ; la coloration du bacille de Koch, du tréponème sur coupe, par exemple, a fait saisir ce que pouvaient avoir de banal certains aspects histologiques. Bactériologie et parasitologie ont vu leur domaine considérablement élargi par l'étude des virus filtrants. La découverte par Richet et Portier de l'anaphylaxie a fait intervenir en dermatologie un facteur nouveau de première importance : la sensibilisation. Toutes les méthodes biologiques, les modes d'investigation physico-chimiques, permettent d'éclairer des faits jusque-là obscurs.

L'ouvrage comprendra trois tomes ; chaque tome deux fascicules. Deux viennent de paraître. Le premier traite des généralités, des lésions élémentaires anatomo-cliniques et des principales méthodes d'exploration. La description des entités morbides et parasitaires leur fait suite.

E. Schulmann, avec la collaboration de Dérot, A. Dupont, R. Glasser, L. Hufnagel, P. Lefèvre, G. Lévy, G. Lévy-Coblentz, A. Lévy-Franckel, Alice Ullmo, a rédigé la partie qui traite des généralités, de l'examen anatomo-clinique, des méthodes d'exploration. On retrouve dans tous les chapitres un souci de présentation, une clarté d'exposi-

tion, une abondance de documents photographiques, de dessins histologiques dont la juxtaposition rend plus démonstrative la description clinique. Lafourcade a traité des dermatoses parasitaires. La question des mycoses, exposée par Joulia, constitue une mise au point très remarquable par sa documentation, sa présentation, son étude biologique de ce domaine si vaste de la dermatologie.

Le second fascicule du tome II est consacré aux syndromes éruptifs et aux formes anatomo-cliniques. Les urticaires, les syndromes endocriniens, les maladies des capillaires sanguins, les dermatoses par troubles du métabolisme, par carence, les hématodermies sont l'œuvre de R. J. Weissenbach et G. Basch, qui exposent avec grande clarté ces questions complexes. Lichen, lichénification, sclérose, atrophies cutanées ont été étudiées par J. Gaté, les kératoses par Barthélémy, les maladies des glandes sudoripares par Rabut, les glandes sébacées par Legrain, les maladies des poils, des ongles par Lévy-Franckel, les tatouages, les dermatophobies par Lacassagne, les dermatoses professionnelles par Carle et Lebeuf, les dermatoses simulées par Combe, la dermatologie médico-légale, par Duvoir.

On pourra reprocher à ce traité de ne pas approfondir certaines questions, de ne pas discuter certains points encore à l'étude ; mais à côté des grands traités inaccessibles à la majorité des médecins, il y avait place pour un traité moderne « clinique et thérapeutique », essentiellement pratique, volontairement schématique, abondamment illustré. C'est le but que les auteurs se sont proposé. Il est juste de dire qu'ils l'ont parfaitement atteint. Un tel ouvrage fait honneur à tous ceux qui se sont groupés pour mener à bien sa réalisation.

H. Rabeau.

Travaux de Laboratoire de Syphilis et de Chimiothérapie expérimentales, Directeur : Prof. C. Levaditi. Institut Alfred Fournier, 25, boul. St-Jacques, Paris, 1932-1933.

L'auteur a eu l'heureuse idée de réunir dans une brochure les publications principales qu'il a faites en 1932-1933, à la suite de recherches exécutées à l'Institut Pasteur et à l'Institut Alfred Fournier. Il met ainsi à même le grand public médical, qui ne peut s'abonner à des périodiques trop savants, de s'initier aux découvertes nouvelles auxquelles l'auteur ne cesse d'attacher son nom.

Voici les titres de ces travaux :

1° Le sang des souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente contient-il le virus syphilitique ? (avec N. Constantinesco).

2° Transmission en série de la tréponémose cliniquement inapparente de la souris (avec N. Constantinesco).

3° Syphilis et néoplasmes (avec N. Constantinesco).

4° Action de la glycérine sur le virus syphilitique considéré aux diverses phases de son cycle évolutif (avec A. Vaisman).

5° Nouvelles recherches expérimentales sur la syphilis. Cycle évo-

lutif du virus syphilitique. Neuro-syphilis. Virulence du *Treponema pallidum* (avec A. Vaisman, R. Schœn et J. G. Metzger).

6° Conservation du *Treponema pallidum* dans la cavité vaginale des femmes, anciennes syphilitiques (avec A. Vaisman).

7° L'état où se trouve le virus syphilitique dans le névraxe des souris syphilisées par voie sous-cutanée (avec A. Vaisman et R. Schœn).

8° L'état où se trouve le virus syphilitique dans le névraxe des souris syphilisées par voie intracérébrale (avec R. Schœn et A. Vaisman).

9° La valeur de l'immunisation antisyphilitique locale chez le lapin (par A. Vaisman et G. Hornus).

10° Le cycle évolutif du virus syphilitique (avec R. Schœn, A. Vaisman et N. Constantinesco).

11° Présence du virus syphilitique dans l'ovaire des souris syphilisées par voie sous-cutanée (avec G. Hornus, A. Vaisman et R. Schœn).

12° Variations de la réceptivité névraxique à l'égard du *Treponema pallidum* (avec A. Vaisman et R. Schœn).

13° Étude de l'action préventive du stovarsol dans la syphilis expérimentale (avec J.-G. Metzger et R. Schœn).

14° Bismutho-prévention antisyphilitique en rapport avec l'élimination du bismuth par l'urine (avec A. Vaisman et Y. Manin).

15° La diffusion du bismuth dans le névraxe et sa pénétration dans le liquide céphalo-rachidien (avec A. Vaisman, Y. Manin et R. Schœn).

16° Métallo-prévention bismuthique de la syphilis chez les singes catarrhiniens inférieurs et les anthropoïdes (avec A. Vaisman et Y. Manin).

17° État actuel de la bismuthothérapie et de la bismutho-prévention de la syphilis.

18° Essais d'adaptation du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas et Favre) au testicule et au névraxe du lapin (avec P. Ravaut et J. Levaditi).

19° Essais d'adaptation du virus lymphogranulomateux au testicule et au névraxe du cobaye (*id.*).

20° A propos de la communication : « Sur les localisations nerveuses du virus lymphogranulomateux inoculé par voie péritonéale chez le singe » (de MM. Jonesco-Mihaesti, Tupa, Badenski et Wisner).

21° Entretien du virus lymphogranulomateux par des passages névraxiques chez la souris (avec P. Ravaut, R. Schœn et J. Levaditi).

Clément Simon.

L'évolution de la lutte contre la Syphilis. Un bilan de 25 ans, par Louis Spillmann, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, professeur de Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées, Médecin-Chef du Centre régional antivénérien de Nancy. Un vol. de 292 pages avec figures en hors-texte, 30 fr.

L'auteur, on peut le dire, a créé l'organisation de la lutte antivénérienne dans sa région. Depuis 25 années, partant de presque rien, il a

pu créer un hôpital et un dispensaire modèles, à Nancy, et de nombreux dispensaires dans le département de Meurthe-et-Moselle. Ils sont maintenant en plein rendement. Mais S. s'est occupé aussi de changer les idées traditionnelles concernant la syphilis, mais les idées sont toujours plus difficiles à vaincre que les choses.

Syphiligraphe éminent, professeur respecté, homme de cœur et organisateur patient, S. avait le droit d'écrire ce livre que voudront lire tous ceux qui s'occupent de prophylaxie antivénérienne.

Ils y trouveront un rappel de souvenirs déjà lointains lorsque les syphilitiques étaient parqués dans les coins les plus obscurs des plus vieux hôpitaux ; l'étude des organisations réalisées pendant la guerre, dans une région et dans une armée ; l'organisation progressive et systématique de la lutte dans le cadre départemental ; tout ce qui concerne le fonctionnement des dispensaires antisyphilitiques et l'éducation sexuelle et antivénérienne de la jeunesse ; l'organisation de la prophylaxie dans les milieux ouvriers ; la propagande éducative ; la création du certificat prénuptial ; l'organisation du Service social ; les erreurs qu'il faut éviter dans le diagnostic et le traitement ; l'utilité d'un enseignement spécial pour tous les étudiants en médecine ; le dépistage des foyers de contamination.

Si l'organisation antivénérienne était partout faite selon les enseignements de S., la syphilis disparaîtrait-elle ? L'auteur le croit. Il faut avoir la foi pour agir. CLÉMENT SIMON.

Bases de l'étude des tumeurs (Die Grundlage der Geschwulstlehre, par K. A. HEIBERG. Chez Curt Kabitzsch. Leipzig, 1933, 75 p., 11 fig. 4 RM.

Cette monographie a pour objet l'exposition des principes qui doivent diriger l'étude des tumeurs.

Aussi commence-t-elle par la morphologie de la cellule cancéreuse : altérations protoplasmiques, déviations et monstruosités nucléaires, mitoses atypiques, etc.

Les cellules néoplasiques se différencient des cellules normales par les rapports quantitatifs anormaux des noyaux (volume, nombre). L'auteur les étudie dans un certain nombre de tumeurs : nævocarcinomes, épithélioma spino-cellulaire, cancer cylindrique du rectum, chorio-épithéliome. Ce chapitre est illustré de schémas expressifs qui donnent une idée directe des anomalies du tissu néoplasique.

Dans le troisième chapitre, étude et mesure des mitoses et des masses nucléaires ; dans le chapitre suivant, se place la critique des résultats obtenus. Puis vient l'étude des relations nucléo-plasmatiques dans les tumeurs.

Mais quelle est l'origine de ce développement hétérotopique ? Cette obscure question occupe le chapitre VI qui comporte aussi l'étude des analogies non morphologiques avec d'autres processus de développement, le résultat des recherches expérimentales et l'exposé des con-

ditions qui favorisent la croissance néoplasique : dispositions et ébauches congénitales.

Après le chapitre consacré à la classification des épithéliomas, vient celui où les tumeurs conjonctives leur sont comparées. Le livre se termine par un chapitre dont le titre seul dit la signification : le cancer — problème de la croissance (influence des sécrétions, des hormones, des vitamines).

Si la lecture de cette brochure exige beaucoup d'attention, elle apporte des notions intéressantes sur le problème, toujours posé, du cancer. Une bibliographie des travaux récents complète utilement le texte.

L. Chatellier.

Eczéma et idiosyncrasie (Ekzem und Idiosynkrasie), par F. Blumenthal et K. Jaffé. 188 p., 52 fig., chez S. Karger. Berlin, 1933, 16 RM.

Il est peu de questions plus complexes que celles de l'eczéma et de l'idiosyncrasie. Les travaux sur ce sujet sont innombrables : l'on a peine à s'y reconnaître. Le livre de B. et J. constitue un guide indispensable, d'abord parce que les auteurs ont réuni une très riche documentation, ensuite parce qu'ils apportent aussi une contribution et des conceptions personnelles dans cette étude d'ensemble. La présentation même du livre est un enseignement, car l'illustration y est abondante et excellente, et il comporte de très nombreux tableaux récapitulatifs, sans parler d'une bibliographie considérable et d'une table des matières bien faite.

Il est évidemment impossible de résumer ces 172 pages. Force est de se borner à en donner les divisions importantes. Le livre comporte deux parties principales : la neurodermite allergique, l'eczéma idiosyncrasique.

A la première se rattachent les chapitres suivants : la diathèse allergique ; les allergènes et les épreuves cutanées (avec description détaillée de leur technique) ; les renseignements que donnent ces épreuves dans la neurodermite et dans l'eczéma de l'enfant ; les rapports des allergènes avec l'alimentation ; les réagines avec leurs propriétés ; leur démonstration *in vitro* et *in vivo*, par transmission à l'animal et à l'homme ; enfin la sensibilisation.

A la deuxième appartiennent les divers problèmes de l'eczéma idiosyncrasique : historique ; définition, étiologie et mécanisme : agents physiques, chimiques, végétaux ; technique des épreuves pour quoi, en Allemagne, il existe un matériel préparé par certaines firmes : épreuve épidermique, épreuve intradermique bien inférieure (à noter que ces multiples épreuves ne sont pas toujours inoffensives) ; étude critique des résultats (276 malades et 30 substances éprouvées) ; les eczémas professionnels ; étude chimique et biologique des diverses substances toxiques ; rapports avec l'alimentation ; avec les lésions viscérales (système nerveux et neuro-végétatifs, maladies de la nutrition) ; les réagines ; et enfin, étude approfondie de la sensibilisation et de la désensibilisation.

L. Chatellier.

The history and epidemiology of syphilis, par Pusey. Un volume de 113 pages et nombreuses figures. Edit. Baillière, Tindall et Cox. Londres, 1933.

Auteur d'une *Histoire de la Dermatologie* parue l'an dernier, P. consacre un nouveau volume à l'histoire de la syphilis suivant les âges. Sous une forme élégante et brève, il en trace un tableau agréable à lire. Divers problèmes sociaux sont exposés dans un chapitre consacré à l'épidémiologie de la syphilis. S. Fernet.

Une sixième maladie vénérienne (A sixth venereal disease), par H. S Stannus. Un volume de 270 pages et 16 fig. Edit. Baillière, Tindall and Cox. Londres, 1933. Prix : 12/6.

Sous le nom de sixième maladie, venant après la syphilis, la blennorragie, le chancre mou, la balano-posthite et le granulome ulcéreux des organes génitaux. S. décrit la lymphogranulomatose inguinale. Il lui consacre un volume très complet, réunissant, dans une analyse détaillée, tous les travaux parus jusqu'à l'heure actuelle. Il expose tous les faits concernant les rapports de la lymphogranulomatose inguinale avec l'esthiomène de la vulve, l'éléphantiasis de la région ano-génitale et le rétrécissement du rectum.

Des indications bibliographiques dans le texte et un index bibliographique de 930 travaux complètent ce livre qui constitue semble-t-il, la première monographie complète de la lymphogranulomatose inguinale présentée par un auteur anglais. S. Fernet.

Dermatology and Syphilology (de la série « The practical medicine series of Year Books »), par Wise et Sulzberger. Un volume de 471 pages et 37 fig. Edit. Year Book Publishers. Chicago, 1932. Prix : $ 2,25.

Les éditeurs des *Séries médicales pratiques des Livres annuels* consacrent pour la première fois un volume indépendant à la dermatologie et à la syphiligraphie. Ce livre constitue un recueil de comptes rendus des principaux travaux parus en différentes langues pendant l'année écoulée. On ne doit forcément pas y chercher d'étude complète des différents chapitres de la dermato-syphiligraphie. Mais on y trouvera, résumés et classés, autant que c'était possible, des analyses et des indications bibliographiques des travaux récents consacrés à des problèmes plus ou moins limités de la spécialité. C'est dire que ce livre est destiné uniquement à des dermatologistes et que ceux-ci y trouveront des renseignements utiles et des indications bibliographiques sur les questions actuellement à l'étude.

Les recherches sont facilitées par un index alphabétique des titres et sous-titres et par un index des auteurs. S. Fernet.

L'aspect clinique de l'intoxication chronique par l'aluminium et ses alliages (The clinical aspect of chronic poisoning by Aluminium and its alloys), par Spira. Fasc. de 28 pages. Edit. Bale et Danielsson, 1933. Prix : 2/6.

S. voit la cause de divers syndromes pathologiques dans l'usage des

ustensiles de cuisine en aluminium. Ces ustensiles contiennent, sous forme d'alliage ou d'impuretés, du cuivre, du fer, du zinc, du plomb, de l'étain, etc.

Trois ordres de symptômes peuvent être observés : des troubles de l'appareil digestif (constipation, glossite, stomatite), des manifestations cutanées (urticaire, prurit, eczéma) et des troubles nerveux (névralgies, paresthésies, arthralgies, dépression).

S. appuie son opinion sur la disparition de ces troubles dans de nombreux cas après la suppression de tout ustensile en aluminium.

S. FERNET.

Les néoplasmes cutanés, par NORMAN PAUL (de Sydney). Un volume de 152 pages et 62 figures. H. K. Lewis et C°. Londres, 1933. Prix : 10/6.

Exposé didactique clair, précis et succinct des tumeurs de la peau, enrichi de belles figures. L'auteur, dans sa préface, dit vouloir stimuler les recherches et surtout faire connaître le danger des expositions insouciantes au soleil, telles qu'elles sont pratiquées sur les côtes australiennes. Sur les peaux insuffisamment protégées par le pigment, les bains de soleil ardent sont responsables du développement de certaines affections précancéreuses ou cancéreuses. S. FERNET.

La lymphogranulomatose subaiguë bénigne (maladie de Nicolas et Favre) (La linfogranulomatosis subaguda benigna (Enfermedad de Nicolas y Favre), par J. GAY PRIETO. Préface de J. S. Covisa. Un volume gr. in-8, 143 p., 32 fig. Javier Morata, éditeur. Madrid, 1933.

L'étude de G. P. constitue une mise au point très complète et un apport personnel basé sur 103 observations.

Dans une première partie, l'auteur traite des formes inguinales subaiguës bénignes. L'histoire clinique des divers types, purs ou associés est complétée par des données anatomo-pathologiques qui mettent une dernière touche à l'analyse morphologique des lésions.

Dans les chapitres consacrés à l'étiologie et à la pathogénie, une place importante est faite aux recherches expérimentales. La notion d'un virus lymphogranulomateux, caractérisant une nouvelle entité nosologique, a comme conséquence pratique immédiate la possibilité d'un diagnostic différentiel solidement étayé et d'une thérapeutique rationnelle.

Elle permet à G. P. d'aborder dans la seconde partie l'étude particulièrement difficile des syndromes génito-rectaux d'origine lymphogranulomateuse (ulcère vulvaire chronique, sténose rectale pure, etc.). Il démontre que ces lésions sont dans la grande majorité des cas la conséquence de l'envahissement des ganglions iliaques, des ganglions hypogastriques et du ganglion de Gérota par le virus spécifique de la maladie de Nicolas-Favre. La distribution spéciale de la circulation lymphatique de la zone ano-recto-génitale chez la femme explique la production de ces syndromes en dehors de toute participation des ganglions inguinaux au processus. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (maladie de Nicolas-Favre) (Contribucion al estudio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda (enfermedad de Nicolas-Favre)), par EDUARDO DE GREGORIO. Un volume de 115 p. publié par les *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*. Madrid, 1932.

Importante étude basée sur 33 cas. L'auteur passe en revue l'historique, la symptomatologie, la sérologie et fait une critique très serrée de la réaction de Frei à la lumière de ses recherches personnelles.

De nombreuses injections intradermiques de l'antigène lymphogranulomateux, faites chez des malades atteints de maladie de Nicolas-Favre ou d'affections diverses, lui permettent de conclure que la réaction de Frei, bien interprétée, constitue un adjuvant utile pour le diagnostic.

Fortement positive, elle est d'interprétation facile : sa spécificité est certaine. Par contre, les réactions de moindre intensité exigent beaucoup d'attention, car on peut les observer dans des syndromes ganglionnaires d'origine chancrelleuse ou syphilitique. S'agit-il d'une infection lymphogranulomateuse larvée ou d'une réaction co-allergique due à d'autres virus ?

L'anatomie pathologique, les données étiologiques, l'expérimentation précisent l'identité nosographique de la maladie de Nicolas-Favre et servent de base au diagnostic et au traitement. J. MARGAROT.

Publications des élèves en l'honneur de leur maître très aimé ; le professeur Umberto Mantegazza (Volume de 720 pages, édité en 300 exemplaires numérotés hors commerce. Pavie. Typographie Coopérative Bianchi).

A l'occasion du Congrès annuel des Dermato-syphiligraphes italiens, et à l'occasion de la réorganisation et de la reconstruction de la Clinique Universitaire Dermatologique de Pavie, dirigée par le Professeur Mantegazza, les élèves de l'illustre Maître italien, dont la renommée n'est pas seulement italienne, mais universelle, ont voulu lui témoigner leur admiration et leur respect en lui dédiant, selon la vieille et louable tradition, un « Livre d'or » où ont été rassemblés les travaux de ses élèves, dispersés à travers l'Italie, « opulente moisson du terrain ensemencé par le Maître », comme le dit dans la préface le Professeur Mariani.

Cette publication, magnifiquement éditée et richement illustrée, fait grand honneur à la Science... et à l'Édition italiennes. Elle comprend une suite de vingt Mémoires, sur des sujets très divers de Dermatologie et de Syphiligraphie, dont les limites qui nous sont assignées ne permettent malheureusement pas de donner une analyse et dont il faut nous borner à mentionner succinctement quelques traits les plus saillants.

1° Le Prof. Mariani présente une étude histologique de la peau (illustrée de 68 figures) par des coupes non pas verticales comme d'usage, mais *horizontales*, qui permettent de comprendre les variations du

quadrillage de la peau suivant les régions et qui révèle des particularités fort utiles à connaître pour l'interprétation de nombreuses manifestations cutanées physiologiques et pathologiques.

2° Le Prof. Serra s'attache à préciser quels sont les signes, souvent frustes, qui permettent de faire le diagnostic précoce de la lèpre, faisant ressortir l'importance de ce dépistage au point de vue prophylactique et curatif. Il attache une valeur particulière à la recherche du bacille de Hansen par ponction ganglionnaire, dont le résultat positif précède parfois de plusieurs années les premiers signes cliniques.

3° Le Prof. Falchi étudie l'influence des extraits d'organes sur certaines infections expérimentales de la peau, l'extrait testiculaire, par exemple, exerçant une action aggravante, l'antivirus, au contraire, une action atténuante.

4° Le Prof. Flarer recherche quelles sont les relations qui peuvent exister entre les affections cutanées et la pathologie du système réticulo-endothélial.

5° Jaja étudie un cas de lichen érythémato-papuleux exsudatif, présentant un aspect particulier, annulaire et centrifuge, et fait remarquer à ce propos combien les différentes formes de lichen peuvent revêtir des aspects fort éloignés de la forme typique classique.

6° Sannicandro rapporte les résultats de ses études sur 25 cas de maladie de Nicolas-Favre ; il estime que le virus de cette maladie est susceptible, à certains moments, sous des influences qui nous échappent, de recrudescences de virulence qui peuvent occasionner de petites épidémies régionales. Au point de vue anatomo-pathologique, il a pu constater que des ganglions en apparence sains macroscopiquement, présentaient cependant des lésions histologiques typiques de la maladie de Nicolas-Favre.

7° Casazza expose ses recherches, dans le domaine dermato-vénéréologique sur le *phénomène lytique*, lyse de certains germes provoquée par des ferments contenus dans la peau (*lysozym* de Fleming).

8° Manca Pastorino a étudié l'action de l'ergostérol irradié sur les tuberculoses cutanées expérimentales et en a constaté l'action favorable : atténuation des lésions et diminution du nombre des bacilles par comparaison avec les témoins.

9° Radaeli a fait des recherches sur les sisto-protéases du sérum, sur le pouvoir antitryptique du sérum, dans le domaine dermato-vénéréologique et sur la thermolabilité de l'antitrypsine. Dans la syphilis, il a constaté que le pouvoir antitryptique du sérum n'était pas en général augmenté, sauf dans les formes secondaires graves.

10° Pisacane rapporte les résultats de ses études sur les préparations lipo-solubles de bismuth dans le traitement de la syphilis, se montrant favorable à leur emploi, surtout dans la syphilis active, mais pour les traitements d'entretien, il préfère les préparations insolubles, dont l'élimination est plus lente.

11° Pinetti fait une étude statistique sur les teignes dans la province de Cagliari où elles représentent 18 o/o des maladies dermatologiques. Les 92 o/o sont dues au *Trichophyton* ; 8 o/o à *l'Achorion*. *Microsporon* : o. Des lésions trichophytiques, P. a pu isoler 10 variétés mycologiques différentes.

12° Baccareda expose ses recherches pour déterminer quel est le rôle de l'arsenic dans la pathogénie des affections de la moelle osseuse au cours des traitements arsénobenzoliques. Faut-il incriminer le benzol ? Faut-il incriminer l'arsenic ? Les auteurs sont partagés entre ces deux opinions. B. croit plutôt à une action toxique de l'As, à cause de la forte proportion de cette substance que les analyses ont révélées dans les différents organes. Mais il admet une collaboration possible des deux poisons qui favorisent réciproquement leur rôle, le foie paraissant jouer un rôle important dans ce mécanisme pathogénique.

13° Tamponi étudie un cas de dermite pigmentaire et purpurique des membres inférieurs, chez un sujet qui présentait au genou une cicatrice de blessure de guerre pénétrante, ayant intéressé la saphène interne et amené une gêne circulatoire, d'où vraisemblablement est résulté un dépôt de pigment hémosidérique qui a provoqué une prolifération conjonctive du derme.

14° Cottini a fait des recherches cliniques et expérimentales sur quelques luétiques aux divers stades de l'infection. Il s'est attaché surtout : 1° à surprendre l'organisation éventuelle de lésions cachées susceptibles de modifier le concept actuel de la syphilis latente ; 2° à démontrer si possible la persistance des spirochètes dans l'organisme, leurs foyers permanents, leurs possibilités de contage. Il a obtenu des résultats positifs surtout dans les ganglions, où des spirochètes ont été parfois mis en évidence. Dans d'autres cas, il a pu déceler seulement des lésions d'adénite scléreuse suspecte.

15° Mantarro rapporte l'observation d'un cas de sporotrichose nodulaire de la peau, au niveau du maxillaire inférieur, le premier cas de sporotrichose cutanée observé dans la province de Messine. Il conclut qu'il n'y a pas d'histo-architecture spécifique de la sporotrichose et que le diagnostic ne peut être basé que sur la constatation du parasite par la culture.

16° Rivelloni fait une étude du traitement abortif de la syphilis. Il croit cette abortion possible au moyen d'un traitement très précoce, très intensif et suffisamment prolongé (un ou deux ans) par des cures alternées de As, Bi, Hg. Très probablement, le traitement ainsi conduit peut aboutir à une guérison définitive.

17° Costantino conclut, de recherches entreprises sur le vitiligo, que cette dermatose n'est pas due à des troubles du système nerveux ou à tout autre mécanisme général, mais à un trouble cellulaire local de nature inconnue, comme les nævi plans pigmentaires auxquels il

assimile le vitiligo : *nævus achromique plan ?* L'hyperchromie périphérique serait secondaire à la leucodermie.

18° Peracchia étudie un cas de syphilis pulmonaire, faisant ressortir l'importance des examens radiologiques pour le diagnostic, par la localisation des lésions, différente de celle de la tuberculose et qui permet d'orienter les recherches vers d'autres procédés de diagnostic, cliniques, bactériologiques, sérologiques, thérapeutiques. Ce sont surtout les résultats thérapeutiques qui apporteront la confirmation du diagnostic.

19° Grillo étudie l'histogenèse du granulome lépreux, la cellule lépreuse, et conclut que tous les éléments du mésenchyme ou du système réticulo-endothélial sont capables d'héberger dans leur protoplasme des éléments bacillaires, mais qu'il est impossible de déterminer quels sont, parmi ces éléments, ceux qui jouent un rôle défensif actif. Au point de vue histo-chimique, contrairement à l'opinion de Cedercreutz, il estime que les cellules lépreuses auraient un contenu surtout lipoïdique et non cholestérinique.

20° Glingani a fait des recherches sur l'influence de l'hépatothérapie par la méthode de Wipple sur l'évolution de certaines affections cutanées. Il a observé une action améliorante nette sur l'état général, mais aussi sur l'état local, sur les lésions cutanées, aussi bien dans certaines dermatoses à agent étiologique connu (sycosis, lupus) que dans celles de nature inconnue (psoriasis, eczéma). Ce qui est difficile de dire, c'est si cette amélioration doit être attribuée à une action locale directe, ou à une action indirecte, par suite de l'amélioration des conditions générales de l'organisme. G. ne résout pas ce problème, qui selon lui appelle encore d'autres recherches.

BELGODERE.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

DISTINCTION NÉCESSAIRE ENTRE L'« ERYTHÈME ANNULAIRE CENTRIFUGE » DE DARIER ET L' « ERYTHEMA CHRONICUM MIGRANS » D'AFZELIUS-LIPSCHÜTZ

Par MM. TOURAINE et SOLENTE

Du groupe confus des érythèmes chroniques de cause obscure, il a été relativement aisé d'isoler un « type clinique surprenant et qui forcément attire l'attention » (Darier). Il s'agissait d'« une éruption caractérisée par de grands anneaux et des bourrelets festonnés ou en arcs de cercle, rosés, saillants et fermes au toucher, qui couvrent de grandes régions du corps ; qui s'accroissent excentriquement et se déplacent assez rapidement pour qu'au bout de 8 à 10 jours le dessin qu'ils figuraient soit absolument transformé ». Telle était la majeure partie de la définition que, dans une étude magistrale, Darier donnait, en 1916, de ce curieux syndrome qu'il dénommait « érythème annulaire centrifuge » ou « érythème papulo-circiné migrateur et chronique ». Son travail s'appuyait sur une observation personnelle de 1898, sur une deuxième, très analogue, publiée par Otto Sachs en 1901 et sur une autre, quelque peu différente, de Lipschütz, datée de 1913.

Certes des cas similaires ou voisins avaient été, çà et là, déjà publiés. « En 1900, sous le nom d'« érythème circiné persistant ». Hallopeau et Leredde en avaient fait une courte description dans leur *Traité de Dermatologie*.

Mentionnons également deux des quatre cas rapportés par de Wende, en 1906, sous le nom d'*erythema perstans*.

Par la suite, à la forme pure fixée par Darier dans une description à laquelle il n'y a rien à modifier, on a ajouté ou soustrait des modalités cliniques un peu spéciales.

Au type initial, sans prurit, ni squames, ni vésicules on a d'abord incorporé des observations où le *prurit* était léger (Brocq, Bory) ou intense (Burnier et Melle Mercier, Urueña). Remontant aux deux observations de Colcott Fox, de 1891, on a ensuite admis des *formes squameuses*, légères (Edelman, Touraine et Solente) ou marquées (Chtamowa, Milian et Périn, Gougerot et ses collaborateurs). La *vésiculation*, souvent prurigineuse, est fréquemment signalée, soit à l'état d'ébauche (Milian), soit favorisée par une pommade (Bory), soit spontanée et légère (Brocq, Urueña), soit enfin assez nette pour faire penser à une maladie de Dühring (Milian et Lereboullet, Mac Kee) avec laquelle elle peut d'ailleurs s'associer (Gougerot, P. Blum et Bralez) ou qu'elle peut précéder (Hudelo, Rabut et Cuex). Urueña a même décrit un type pemphigoïde. Gougerot et Patte ont signalé une *forme télangiectasique et purpurique* : Freudenthal, puis Gougerot et Ragu une *forme indurée*. Les cas de déformation dans le sens de l'érythème polymorphe et, surtout, de la maladie de Dühring sont intéressants à noter. Ils permettent d'élargir le cadre initial de l'érythème annulaire centrifuge et s'accordent avec l'origine toxi-infectieuse de cause générale qu'on tend à lui reconnaître souvent. Nous y reviendrons plus loin.

A l'inverse, et surtout à l'étranger, on a exclu du type décrit par Darier une catégorie très spéciale d'érythèmes annulaires. En achevant sa définition, Darier notait en effet que les grands anneaux et bourrelets festonnés « après un certain temps se fragmentent, disparaissent et sont remplacés par des éléments nouveaux de même type, et cela pendant bien des mois consécutifs ». Ce dernier caractère, très important, existait dans deux des observations qui servaient de base à ce travail fondamental (O. Sachs, Darier). Il manquait dans la troisième observation, publiée par Lipschütz en 1913. Celui-ci releva cette divergence qui, jointe à d'autres, lui fit maintenir en 1923, sous le nom d'*Erythema chronicum migrans*, le type clinique qu'il avait décrit en 1913 ; il le distingua de l'érythème annulaire centrifuge de Darier. Lipschütz maintint son point de vue en 1931, mais dut reconnaître le droit de priorité qu'Afzelius, de Stockholm, réclama en 1921 pour une observation du type Lipschütz, publiée par lui en 1909, mais passée inaperçue.

Dans la description de Lipschütz, la dermatose est constituée,

presque toujours, par un seul élément annulaire, d'accroissement centrifuge, régulier, rapide et considérable. Il ne se fait pas de repullulations successives. L'éruption serait donc, cliniquement, très différente de celle que Darier avait décrite.

Depuis 1916, date du mémoire de ce dernier, les observations d'érythème primitif, de type centrifuge, se sont multipliées. On peut en compter un peu plus de 80, dont une dizaine prêtent à discussion. Quarante-cinq d'entre elles réalisent un type Darier plus ou moins net, avec éléments multiples, repullulations et poussées ; il en est quatre ou cinq qui laissent place à des réserves. Près de la moitié d'entre elles ont été publiées en France, huit en Italie et en Angleterre, une en Pologne, quatre en Russie et en Allemagne. Quarante autres se conforment au type Lipschütz, dont 7 sont récusables si l'on s'en tient rigoureusement à la description de cet auteur. Des trente restantes, 21 ont été publiées en langue allemande, 7 par des auteurs scandinaves, une en russe, une en italien. Trois observations françaises de Barthélemy (1924), Hudelo et Lejard (1925), Nicolas, Lebeuf et Rousset (1930) pourraient, peut-être, rentrer dans ce groupe. On possède donc aujourd'hui des éléments suffisants pour discuter de la fusion ou de la distinction à établir entre ces deux types cliniques.

C'est surtout à l'étranger qu'a été accueillie la distinction entre l'érythème annulaire centrifuge de Darier et l'*erythema chronicum migrans* de Lipschütz. Ce dernier la soutient depuis 1923 ; Mibelli (1924) et, plus récemment, Cerchiai (1929) l'ont admise. Dans le *Traité de Jadassohn*, en 1928, Tachau déclare le type Lipschütz « absolument différent » du type Darier. Il les oppose même l'un à l'autre.

En France, malgré l'exemple de Brocq qui s'abstient de les confondre dans son *Précis-Atlas*, les dénominations d'« érythème annulaire centrifuge » et d'*erythema migrans* continuent à être employées, indistinctement ou même simultanément, pour désigner des éruptions qui répondent à la description de Darier, c'est-à-dire à celle de l'érythème annulaire centrifuge. La discrimination terminologique n'est pas faite. Pour désigner les cas qui paraissent pouvoir être rangés dans le type Lipschütz, les auteurs français ont usé des expressions : érythème linéaire (Barthélemy), érythème en plaque unique à extension centrifuge (Hudelo et Lejard), érythème cen-

trifuge avec grand placard unique (Nicolas, Lebeuf et Rousset).

Cependant quelques publications françaises émettent des doutes sur l'unité de l'érythème annulaire centrifuge, telle qu'elle ressort des observations publiées sous ce titre. Déjà en 1916, dans son travail original, Darier note les caractères différents de l'éruption dans les trois observations qu'il utilise : profuse dans les deux premiers cas (quoique moins abondante dans le second), « un seul élément, mais géant et extraordinairement persistant » dans le troisième. Mais « ce sont là, dit-il, de simples nuances ». En 1927, à propos d'un cas personnel, Jeanselme et Burnier en rappellent une douzaine d'autres. « A dire vrai, signalent-ils, toutes ces observations ne sont pas exactement calquées les unes sur les autres ». Ils ajoutent, à juste titre : « Il semble que sous l'appellation allemande d'*erythema chronicum migrans* ou sous la dénomination française d'« érythème circiné centrifuge » certains auteurs aient englobé des cas qui s'écartent par de nombreux points de l'observation princeps ».

Plus récemment, en 1930, au sujet de quatre cas personnels, Christine remarque que cette « dermatose dont les descriptions de Lipschütz et de Darier avaient donné un tableau passablement homogène apparaît maintenant d'après les travaux de Brühns, Mibelli, Tyjnenko et d'autres (1) de beaucoup plus compliquée aussi bien pour ce qui concerne la multiformité de son cours que pour ce qui a trait au caractère de l'éruption ».

En novembre 1933, puis en février 1934, nous avons rapporté, devant la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, deux nouvelles observations d'érythème annulaire centrifuge répondant à la description de Darier. A cette occasion, nous avons rappelé quelques-uns des caractères différentiels qui séparent ce syndrome de celui de Lipschütz et souligné qu'« une distinction s'impose donc pour des ordres de faits si dissemblables. Elle a déjà été faite par Mibelli, Cerchiai. Nous la croyons fondée ».

A l'appui de cette distinction, nous esquissons ici une étude comparative des divers éléments qui caractérisent chacun de ces deux

(1) Auxquels il faut ajouter celui de Butler, paru en 1932, après la communication de Christine.

syndromes. Au cours de cet exposé, nous utiliserons indifféremment, pour l'un, les dénominations d'« érythème annulaire centrifuge » ou de « type Darier », pour l'autre, celles d'*erythema chronicum migrans* ou de « type Lipschütz ».

I. — Stade de début.

1° *Siège de l'élément initial.* — Le *type Darier* n'obéit pas à une règle absolue. On l'a vu apparaître à la face (Weill et Watrin, Christine, Urueña), au cou (Jeanselme et Burnier). Mais, dans la très grande majorité des cas, le début se fait au niveau de la ceinture pelvienne (lombes, fesses, hanches) pour s'étendre ensuite vers les régions inférieures du dos, vers l'abdomen, avant de se disséminer.

Le *type Lipschütz* commence, avec une grande prédilection, au niveau des membres et surtout des membres inférieurs (pied, genou, creux poplité, cuisse) (Lipschütz, Riehl, Hudelo, Strandberg, Berde, etc.). La localisation de départ est assez souvent sur les membres supérieurs : poignet (cas probable de Nicolas), avant-bras (un cas de Brühns), bras (obs. 1 de Mibelli), etc. Cependant on a pu voir l'élément initial en d'autres points : thorax, après piqûre de tique (obs. 3 de Sachs), lésion inflammatoire du mamelon (Kerl), abdomen, après piqûre de tique (obs. 1 de Sachs).

2° *Moment d'apparition.* — Bory a pensé que l'*érythème annulaire centrifuge* pouvait subir une certaine influence saisonnière. Il note que son malade, ceux de Darier, de Sabouraud ont vu leur dermatose apparaître au printemps, d'avril à juin. Il en a été de même pour ceux de Burnier, Weill et Watrin (mai), Christine (juin). Nous ne pensons pas que cette influence puisse être précisée ; dans d'autres observations le début s'est fait en plein hiver (Jeanselme et Burnier, Edelman, etc.) ou au plus fort de l'été (Christine, Touraine et Solente). Il ne semble pas que l'érythème obéisse au rythme des saisons, comme certaines maladies infectieuses, ni même aux variations barométriques comme l'aurait remarqué Christine.

L'*erythema migrans* ne paraît pas reconnaître une époque plus favorable qu'une autre pour son développement.

3e *Élément initial.* — Dans le *type Darier*, il s'agit d'une ou de plusieurs macules rouge clair, de 5 à 10 millimètres de diamètre, qui deviennent rapidement papuleuses, fermes au toucher, et s'étendent par leur périphérie alors que la partie centrale s'affaisse et disparaît. La disposition annulaire, ainsi créée, est déjà visible en une semaine.

Dans le *type Lipschütz*, dont le début a été rarement observé, c'est une induration rouge de la forme et du volume d'une tête d'épingle (Afzelius). Sur cette induration on relève volontiers les traces d'une piqûre (Afzelius, Sachs, Kaufmann-Wolf, Strandberg Berde, etc.), d'un micro-traumatisme ou d'une minime infection locale (Kerl). La zone indurée s'étale, progresse par la périphérie et devient rapidement annulaire, tandis que le centre s'affaisse, sans redevenir aussitôt normal. En effet, au milieu de l'anneau, on peut voir persister, quelques semaines, la trace de la papule initiale; celle-ci reste alors reliée à l'anneau circulaire, au moins au début, par un fin réseau rouge bleuâtre (Strandberg), parfois semé de quelques petites hémorragies punctiformes (Popper). Cette teinte cyanotique disparaît à la longue et est remplacée par une coloration jaune brunâtre.

II. — Période d'état ou d'extension

1° *Distribution topographique.* — Le *type Darier* est constitué par un grand nombre d'éléments qui s'étendent et se multiplient sur de nombreux et vastes secteurs des téguments. Tous peuvent être intéressés, même le visage, le cou, la bouche (voûte palatine dans le cas de Burnier et Mlle Mercier). Mais dans la très grande majorité des cas, les éléments se développent et essaiment surtout sur le tronc, d'abord sur la ceinture pelvienne, puis sur l'abdomen, les flancs, la région inférieure du dos, puis, déjà moins souvent, sur la poitrine, les régions scapulaires. Ils débordent assez volontiers sur la racine des cuisses, mais s'y clairsèment à mesure qu'on descend vers les genoux qu'ils n'atteignent presque jamais. Sur la racine des membres supérieurs, les éléments sont presque toujours plus rares et discrets; ils n'envahissent les avant-bras qu'exceptionnellement. Christine aurait vu, dans un cas, l'éruption se localiser à la face.

Le *type Lipschütz*, caractérisé par l'existence d'un seul élément très rarement deux ou même trois), se développe excentriquement autour de son point de départ. Celui-ci réside habituellement sur les membres, et surtout sur les membres inférieurs ; c'est donc là que s'étend l'élément unique. Sa migration progressive peut l'amener secondairement sur la racine du membre et même sur le tronc. Si, anormalement, le début s'est fait sur ce dernier, l'*erythema migrans* s'étend en tache d'huile, unique, sur la poitrine ou l'abdomen.

2° *Caractères de l'éruption.* — a) *Morphologie.* — L'éruption du *type Darier* est toujours constituée par de nombreux éléments, d'abord arrondis puis rapidement annulaires, qui s'étendent vers la périphérie. « L'accroissement excentrique est si rapide qu'en une semaine l'anneau qui en résulte a pris les dimensions d'une pièce de 1 franc ou même celles d'une pièce de 5 francs en argent ». Certains éléments, « ayant atteint de 3 à 5 centimètres de diamètre et une forme ronde ou ovalaire, ne progressent plus ; ils persistent 8 ou 15 jours, puis s'effacent en laissant une macule pigmentée. D'autres, rencontrant dans leur extension un élément voisin, confluent avec lui par interférence, c'est-à-dire par effacement du rempart de séparation, d'où formation de cordons festonnés limitant des aires polylobées. Quelques anneaux enfin, souvent plus ou moins festonnés, s'étendent jusqu'à circonscrire des espaces de peau de la grandeur de la paume de la main, de la main tout entière... Les anneaux qui ont plusieurs centimètres de diamètre s'ouvrent parfois en un point de leur circonférence, par affaissement du bourrelet, donnant lieu à des formes en C ou en crosse ; les plus grands se brisent en nombreux arcs de cercle, qui continuent pour leur compte leur progression excentrique » (Darier).

L'éruption du *type Lipschütz* se résume en un seul élément, rarement deux (Lipschütz, Hellerström), exceptionnellement trois (Stumpke ?) qui s'étend, régulièrement, en anneau toujours plus grand, jusqu'à atteindre des dimensions considérables. Lipschütz l'a vu mesurer 50 centimètres de diamètre et même davantage. Dans le cas de Kerl, chez une fille de 6 ans, il allait de l'épaule à l'ombilic. Grâce à son siège habituel sur les membres, son extension l'amène assez souvent à former bracelet au-dessus et au-dessous du point de départ. A la longue, après plusieurs mois (6 à 18), des

secteurs plus ou moins étendus de cet anneau s'affaissent, alors que d'autres conservent quelque temps leur activité excentrique. L'érythème est alors constitué par des débris de cet immense anneau et se résume en des lignes irrégulières, sinueuses ou ondulées (Popper) ou en larges festons (cas probable de Barthélemy) qui disparaissent à leur tour.

b) *Durée de la « poussée éruptive ».* — Dans le *type Darier*, elle est relativement brève, sans qu'on puisse lui assigner un rythme régulier ni précis. Certains des éléments s'affaissent en 15 à 20 jours ; d'autres s'étendent pendant deux ou trois mois avant de disparaître. Le fait de s'entretenir par poussées successives, si caractéristique de ce type, explique qu'on trouve, simultanément sur le corps, des éléments jeunes ou anciens. Certains d'entre eux sont en pleine activité centrifuge, d'autres sont stationnaires ou en voie de morcellement, de disparition, selon qu'ils appartiennent à la poussée la plus récente ou qu'ils sont des reliquats d'un épisode antérieur.

L'élément du *type Lipschütz* a, dans sa forme typique, une durée beaucoup plus longue. La migration de l'anneau se prolonge habituellement pendant six à dix-huit mois avant que l'érythème s'efface. Lipschütz a fait quelques réserves pour admettre, dans ce type, des observations qui répondaient bien aux caractères morphologiques de l'*erythema migrans*, mais dont l'éruption, plus éphémère, avait disparu en quelques semaines (Afzelius). De plus brève existence encore ont été les cas de Balban (16 jours), Liebner et Fenyö, Hudelo et Lejard, Nicolas Lebeuf et Rousset (trois semaines),

3° *L'élément éruptif.* — a) *Description* . — Dans le *type Darier*. un élément adulte est constitué par un anneau érythémateux et saillant d'environ 5 millimètres de large et 2 à 3 de relief. Cet anneau circonscrit une aire centrale qu'il a abandonnée au cours de son extension centrifuge. « Les bourrelets rosés, saillants et durs, qui constituent les circinations, sont nettement limités du côté de la peau saine par un talus en pente rapide.... ; leur versant interne, du côté concave, est un peu moins abrupt..... Un bourrelet pressuré et malaxé s'efface pour reparaître quelques instants après, plus tendu et avec une coloration plus vive » (Darier). Il n'existe, en forme pure, ni vésiculation ni desquamation. Le prurit fait à peu près complètement défaut, sauf au début des poussées ; il reste toujours léger (Brocq, etc.).

L'aire centrale serait normale si elle ne conservait pas souvent une teinte rose légèrement jaunâtre ou bistre, assez durable. A sa périphérie, contre le versant concave du bourrelet, une fine desquamation, furfuracée, n'est pas un obstacle au diagnostic.

L'élément du *type Lipschütz* est presque identique au précédent. Il a la même largeur, le même relief, les mêmes caractères morphologiques, la même absence de desquamation et de prurit. Ainsi s'explique la confusion qui est parfois faite entre les deux types.

L'aire centrale présente cependant une légère différence, que Tachau et d'autres enregistrent, après Lipschütz. Tantôt la peau y redevient absolument normale, tantôt elle conserve une teinte légèrement cyanotique, surtout visible près de l'anneau érythémateux. Cette cyanose serait à distinguer de la coloration jaunâtre ou bistre qui persiste, assez longtemps, dans le type Darier.

b) *Extension centrifuge*. — Dans le *type Darier*, l'extension centrifuge est assez rapide pour qu'en huit jours les éléments aient changé nettement de configuration. Mais cette extension est irrégulière. Les éléments jeunes progressent plus vite que les anciens ; leur migration est de 2 ou 3 et même 4 millimètres par jour alors qu'elle se réduit à 1 ou 2 millimètres pour les autres ; les plus âgés peuvent rester sur place. La vitesse de migration est donc non seulement irrégulière, mais inégale d'un élément à l'autre.

Dans le *type Lipschütz*, l'extension périphérique de l'anneau est régulière, sans à-coups. Sa rapidité paraît plus grande encore que pour le type précédent ; Hellerström l'évalue à 5 millimètres par jour. Elle est sensiblement la même pour tous les secteurs de l'anneau ; cependant si celui-ci atteint de grandes dimensions, un segment de cercle peut devenir légèrement sinueux. A la longue, avant la disparition de l'érythème, cette vitesse parait s'atténuer

III. — Évolution de la maladie

Le *type Darier* procède par poussées éruptives d'éléments multiples, souvent séparées, au début, par de courtes périodes de repos, plus tard subintrantes. Ces poussées éphémères entretiennent la maladie qui, de ce fait, devient chronique. Elles durent de 15 jours à deux ou trois mois, s'entremêlent donc au point que la dermatose devient permanente et montre seulement des phases de rémission et

d'exacerbation relatives. Dans quelques cas, dont un observé par nous, des rémissions ont pu se prolonger pendant quelques mois et même trois ans (Weill et Watrin, etc.).

La durée totale de la maladie devient ainsi fort longue. Elle est d'au moins plusieurs mois (9 mois pour le cas initial de Darier, 8 mois pour celui de De Bella, 6 mois pour ceux de Christine, de Wende). Elle s'allonge souvent sur plusieurs années (Chtamowa). Dans une observation personnelle, des poussées successives l'entretiennent, sans répit, depuis 10 ans.

Le *type Lipschütz* ne comporte, presque toujours, qu'une seule poussée extensive d'un élément resté unique ou presque. La durée totale est, en moyenne, de quelques semaines à six à sept mois, par conséquent moins longue que celle du type précédent. Elle a pu cependant s'élever à 15 mois (Afzélius), à 18 mois (Popper). L'existence de formes brèves est contestée malgré leur identité clinique avec le type Lipschütz ; certaines ont disparu en 15 à 20 jours.

Cette dermatose ne présente ni rechutes ni récidives. Cependant chez un malade qui paraît avoir été atteint d'*erythema migrans*, Hudelo et Lejard ont constaté une poussée, au même endroit, trois ans de suite.

IV. — Signes associés

Normalement, dans les deux types, l'éruption reste pure, sans signes associés. Le prurit est très modéré, la desquamation nulle ou presque. On ne trouve pas d'adénopathie satellite ; les signes généraux manquent totalement.

Le *type Darier* paraît cependant sujet à diverses déformations. Nous avons signalé l'existence d'un prurit parfois marqué, d'une desquamation plus ou moins nette (légère et en collerette chez un malade de Colcott Fox, plus importante chez des malades de Chtamowa, Milian, Gougerot). Une vésiculation ébauchée (Milian), légère (Brocq) ou nette (Milian, Mac Kee) peut aller jusqu'à la formation de bulles (Gougerot, Hudelo, Urueña) et permettre de rapprocher ce syndrome soit de la dermatite de Dühring (Milian), soit de l'érythème polymorphe (Tachau, Butler).

Dans un cas mixte de Gougerot, P. Blum et Bralez, qui présentait des bulles comme dans la maladie de Dühring, il existait une

éosinophilie sanguine de 9 o/o. Ce n'est pas là cependant un argument important en faveur de la parenté des deux maladies, car l'éosinophilie a été notée par Jeanselme et Burnier dans un cas pur d'érythème annulaire centrifuge, sans vésiculation.

Le *type Lipschütz* paraît beaucoup plus stable. Le prurit est insignifiant ou nul. L'érythème n'a jamais, semble-t-il, présenté ni desquamation ni vésiculation. Dans un cas curieux et resté unique d'Hellerström, l'éruption s'est accompagnée de fièvre entre 38 et 39 degrés, avec céphalée et importante réaction méningée qui s'est atténuée en même temps que les symptômes cutanés.

V. — Lésions histologiques

Elles sont aussi peu caractéristiques dans un syndrome que dans l'autre. Dans le *type Darier*, l'épiderme est normal sauf parfois une légère parakératose (Chtamowa, Butler). Gougerot, dans la forme indurée décrite par lui, signale de l'œdème intercellulaire, une granuleuse discontinue. Le derme est, dans ses couches superficielles, le siège d'un œdème modéré, d'une légère infiltration cellulaire diffuse, condensée en manchons denses autour des vaisseaux. Les lymphocytes y dominent avec de petites cellules conjonctives, quelques polynucléaires et mastocytes, sans plasmocytes (Darier, Butler, Tachau). Colcott Fox, Sabouraud ont noté une éosinophilie locale; nous ne l'avons pas retrouvée.

Dans le *type Lipschütz*, on trouve une légère dilatation des vaisseaux qui sont entourés d'infiltrats de petites cellules fixes. L'épiderme est normal. Lipschütz spécifie qu'il n'y a pas d'œdème dermique. Dans un cas de Popper, une forte infiltration lymphocytique persistait au point de départ central de l'érythème.

VI. — Notions étiologiques et pathogéniques

Dans le *type Darier*, la notion du sexe et de l'âge paraît peu importante. Notons seulement que, si Cerchiai décompte 10 hommes contre 8 femmes, notre relevé personnel accuse 21 hommes contre 9 femmes, c'est-à-dire une assez forte prédominance pour le sexe masculin. De ces 30 sujets, 7 avaient de 11 à 20 ans, 8 de 21 à 30,

5 de 31 à 40, 5 de 41 à 50, 2 de 51 à 60, 3 plus de 60 ans. L'affection est donc un peu plus fréquente chez les sujets jeunes.

Les causes directes de la maladie sont encore assez obscures. Les conditions étiologiques qui entourent souvent son apparition permettent de penser qu'il s'agit d'un syndrome réactionnel, de causes multiples. Celles-ci ont comme caractère commun d'appartenir aux intoxications, soit par auto-intoxications, soit plutôt par toxi-infections. Tantôt il s'agit d'infections aigües : métrite avec rectite (De Bella), endocardite infectieuse (Sacchia, cas probable de Lehndorff et Leiner, obs. 4 de Mibelli, Worobjew et Ujanski), métrite, pleurite et lithiase biliaire (Cervera), rhumatisme aigu ou subaigu (obs. 5 de Mibelli, Cerchiai, Gougerot, P. Blum et Bralez). Tantôt c'est une infection chronique en évolution : tuberculose avec poussée d'adénite (Coyon et Gougerot), abcès froids (Jeanselme et Burnier), tuberculose pulmonaire (Worobjew et Ujanski). Ces derniers cas sont à rapprocher d'une observation d'*erythema perstans* avec lupomes publiée par Milian. Le rôle de la syphilis paraît négligeable; cette infection n'a été signalée que dans des cas, un peu différents, d'érythèmes circinés presque fixes (Hudelo, Rabut et Pierrot), d'érythèmes annulaires récidivant *in situ* (Milian).

Chez d'autres malades on note une infection d'origine gastro-intestinale (Finny, Darier, Touraine et Solente); des modifications du régime alimentaire ont pu suffire pour entraîner la guérison de l'érythème (Darier). Ailleurs c'est une ascaridiose (Edelman), de l'emphysème chez un artério-scléreux (Sachs). Audry a rappelé l'existence d'érythèmes annulaires centrifuges, de tous types, au début de la trypanosomiase africaine.

Toutes ces conditions étiologiques évoquent l'idée d'une cause toxique. Souvent les poussées d'érythème ont coïncidé avec des paroxysmes de cette cause (De Bella, etc). De plus, celle-ci peut subir l'influence des troubles généraux de l'organisme et retentir, dans le même sens, sur l'érythème. C'est ainsi que ce dernier a pu présenter une poussée au moment des règles (obs. 2 de Mibelli, Edelman), ou s'exagérer pendant le travail et s'atténuer aux périodes de repos (Burnier et Mercier). Bory, Richter ont signalé l'existence de troubles endocriniens divers.

Chez quelques sujets enfin on n'a trouvé aucune lésion organique ; la santé générale était parfaite (Weill et Watrin, obs. 2 de Touraine et Solente) ;

Au nom de ces faits, la tendance actuelle, avec Mibelli, Cerchiai, Sannicandro, etc., est de voir, dans l'érythème annulaire centrifuge, une *réaction locale cutanée vis-à-vis d'une cause plus générale.* Cette cause appartient d'habitude au groupe des intoxications, en particulier à celui des toxi-infections.

On pourrait donc rapprocher ce type d'érythème de certains érythèmes toxiques, centrifuges, que l'on peut observer dans la maladie du sérum.

Le *type Lipschütz*, dans l'état actuel de la question, paraît être une *réaction cutanée locale vis-à-vis d'une cause locale*, très probablement toxi-infectieuse.

Cette dermatose atteint, indifféremment et sans aucune prédominance, les deux sexes. Elle paraît un peu plus précoce que le type Darier. On l'a signalée deux fois chez des enfants de moins de dix ans (Kerl, chez une fille de 6 ans). La grande majorité des cas s'est observée avant 30 ans.

Dans bien des observations, aucune notion étiologique n'a été relevée ; mais dans tous les cas où elle a pu être précisée, il s'est agi d'une affection locale. C'est ainsi que Kerl a noté, comme point de départ, une infection du mamelon. Mais la cause la plus fréquente a été une piqûre d'acarien ou d'insecte, au niveau de laquelle s'est formée une petite papule indurée, avec forte infiltration lymphocytique. Cette papule s'est étalée et s'est rapidement étendue en un anneau progressivement centrifuge alors que l'induration centrale d'inoculation persistait quelque temps (plusieurs semaines d'après Afzélius). Entre l'induration et l'anneau périphérique, la peau reste assez longtemps cyanosée, parfois semée d'hémorragies punctiformes ou d'un fin réseau vasculaire. Cette teinte cyanotique suit, dans son extension, l'anneau érythémateux qu'elle double d'un halo sur son bord concave.

Parfois la piqûre était évidente; mais on n'a pas pu identifier l'espèce à laquelle appartenait le parasite (2 cas de Strandberg, 3 cas discutés de Balban). Plus souvent il a été possible d'incriminer une tique ou pou-de-bois (3 cas d'Afzélius sur 6, cas 1 et 3 de Sachs, Kaufmann-Wolf, Lehner). Dans le cas de Kaufmann-Wolf c'était un *ixodes ricinus* ; dans ceux d'Afzélius un *ixodes reduvius.* On sait que, de ces parasites devenus orbicoles, le premier est un hôte habituel du chien, le second du mouton, mais que tous deux s'attaquent volontiers à l'homme.

Cependant la piqûre de tique ne paraît être qu'une cause occasionnelle. Riehl s'était demandé si l'*erythema migrans* n'était pas dû à la diffusion excentrique d'une toxine déposée par l'insecte au moment de la piqûre ; il comparait cet effet pathologique à l'extension éruptive en anneau que l'on obtient par injection sous-cutanée d'un filtrat de vieille culture de bacille pyocyanique. Il semble cependant que la piqûre d'un ixode ne suffit pas pour déterminer, à elle seule, un *erythema migrans*. Sur un malade, Lehner a pu arracher la tête d'une tique demeurée au lieu de cette piqûre, sans, pour cela, arrêter l'extension de l'anneau érythémateux. Afzélius pensait que la dermatose était due à l'inoculation, par l'ixode, d'un virus émanant de l'insecte ou transmis par lui. C'est cette manière de voir qu'adoptent Lipschütz et Mibelli ; le parasite ne serait que le vecteur d'un germe à déterminer.

La cause directe, efficiente, de l'érythème reste donc obscure pour les deux types. Les examens bactériologiques sont toujours demeurés négatifs. La recherche des mycoses est restée sans résultat. Il en est de même des multiples essais thérapeutiques locaux qui ont été tentés, soit avec des antiseptiques généraux soit avec des topiques considérés comme plus électifs contre certains parasites tels que l'iode et les iodures. Cette négativité ne constitue d'ailleurs pas un argument pour ni contre l'existence d'un germe encore inconnu. Dans nos deux observations personnelles, nous avons obtenu, après maints essais infructueux, la guérison rapide de l'érythème annulaire par des applications de pommade au collargol ou de goudroline.

VII. — Résumé comparatif

Comparer les deux maladies, dans leurs ressemblances ou leurs différences, peut tenir dans un court tableau.

Les deux syndromes ont un seul caractère commun : l'anneau érythémateux en bourrelet, large de quelques millimètres, qui s'étend par migration périphérique. Par tous leurs autres caractères, ils se distinguent nettement l'un de l'autre.

Dans *l'érythème annulaire centrifuge* de Darier, les éléments sont toujours nombreux ; ils apparaissent habituellement sur le tronc et, en particulier, au niveau de la ceinture pelvienne. Ils se multi-

plient et s'étendent excentriquement sur le torse, n'atteignant que rarement la face, débordant peu sur le premier segment des membres qu'ils ne dépassent presque jamais. Leur extension est rapide (2 à 4 millimètres par jour), d'autant plus que l'élément est jeune ; elle est inégale et irrégulière. L'aire centrale est d'un rose jaunâtre ou bistre. Arrivés à un diamètre de 3 à 5 centimètres, les anneaux ainsi formés se brisent en segments de cercle qui, par coalescence avec les voisins, forment des guirlandes, des festons, des arabesques, puis disparaissent dans un délai de 15 jours à 4 mois. Mais l'éruption est sans cesse alimentée par de nouvelles poussées qui s'intriquent les unes dans les autres et perpétuent la maladie, devenue ainsi chronique pour plusieurs mois et même plusieurs années. Les anneaux érythémateux ne sont pas toujours purs ; une desquamation plus ou moins abondante, le prurit ne sont pas rares. L'existence d'une vésiculation, minime ou forte, réalise assez souvent des faits de passage entre le type Darier et la dermatite de Dühring ou l'érythème polymorphe.

L'érythème annulaire centrifuge paraît pouvoir être considéré, avec les données actuelles, comme une réaction cutanée de cause générale, le plus souvent toxique ou toxi-infectieuse.

L'*erythema migrans de Lipschütz* est constitué par un seul anneau érythémateux (rarement deux, exceptionnellement trois), qui se forme habituellement sur les membres et plus particulièrement les membres inférieurs. Il s'étend autour d'un point initial qui peut rester assez longtemps papuleux. Cet anneau ne se multiplie pas, il reste solitaire ; mais il s'étend excentriquement et rapidement (environ 5 millimètres par jour) jusqu'à atteindre des dimensions énormes avant de se fragmenter et de disparaître lentement. Il n'y a donc qu'une seule poussée d'un seul élément. Sa durée est, en général, de 5-6 mois à un an et demi. On peut admettre l'existence de formes plus brèves qui s'atténuent en un mois et même moins. L'élément reste pur, sans desquamation ni vésiculation ni prurit. Il est habituellement doublé, sur son versant interne et vers l'aire centrale, par un halo cyanotique.

La tendance actuelle est de voir dans l'*erythema migrans*, une réaction cutanée locale vis-à-vis d'une cause locale, toxi-infectieuse. Les piqûres de tique, souvent incriminées, réaliseraient une inoculation initiale autour de laquelle se développe l'anneau migrateur. L'insecte ne serait que le vecteur de ce germe encore inconnu.

*
* *

L'érythème annulaire centrifuge, décrit par Darier, et l'*erythema migrans*, de Lipschütz, nous paraissent donc deux syndromes bien distincts.

Certes le terme d'érythème annulaire centrifuge ou migrateur répond bien aux caractères du bourrelet érythémateux dans les deux types cliniques. Mais il prête à amphibologie car il ne répond qu'au seul caractère que possèdent, en commun, ces deux syndromes, si différents par leurs autres manifestations. Il nous paraît donc défectueux.

Si l'on tient à conserver ce terme, consacré par l'usage, il nous paraît nécessaire d'accoler à l'expression d'« érythème annulaire centrifuge » les mots de « type Darier » ou de « type Lipschütz » suivant le cas. La modalité de l'érythème sera ainsi précisée.

Nous pensons qu'il conviendrait mieux, pour éviter toute confusion entre les deux types, d'en modifier légèrement la dénomination. Pour les faits décrits par Darier, le terme d'« érythème *multi*-annulaire centrifuge » nous paraît commode et répondre mieux à sa morphologie. Celui d'« érythème chronique migrateur », proposé par Lipschütz et très différent du précédent, serait réservé aux faits décrits par cet auteur, si nettement distincts de l'érythème multi- annulaire centrifuge.

Bibliographie générale (1).

Brocq (L.). — *Tr. élém. de Dermatologie pratique* II, p. 274, Doin, Paris, 1907 ; *Précis-atlas de pratiq. dermatologiq.*, p. 831, Doin, 1921.
Brühns. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXXXV, 1921, p. 109 ; *Dermat. Woch.*, LXVI, 1918, p. 219 ; *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, XVII, 1925. p. 618.
Butler (J.). — *Ann. Derm. and Syph.*, XXV, janv. 1932, p. 111.
Cerchiai (U.). — *Giorn. ital. di. Derm. i. Sif.*, LXX, 1929, p. 112.
Darier (J.). — *Ann. de Derm. et de Syphil.*, 5e s., VI, 1916-17, p. 57.
Freudenthal (W.). — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CLIV, 1928, p. 581.
Hallopeau (H.), et Leredde. — *Tr. prat. de Dermat.*, p. 693, Baillière, Paris, 1900.
Mibelli (A.). — *Giorn. ital. dell. m. ven. e della. pelle*, LXV, 1924, p. 1308.
Sachs (O.). — *Verhandl. d. Deutsch. derm. Gesellsch.*, VIIe Congr., Breslau, 1901, (rapporté *in extenso* par Darier) ; *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXXXVII, 1921, p. 100.

(1) Cette liste comprend des travaux qui comportent des observations de l'un et de l'autre type.

TACHAU (P.). — *Handb. f. Haut. u. Geschlechskr.*, de Jadassohn, VI, 2, p. 655, Springer, Berlin, 1928.
WENDE (G.-W.). — *Journ. of cut. Diseases*, XXIV, juin 1906, nº 6, p. 241.

II. — TYPE DARIER (cas probants et connexes)

AUDRY. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 janv. 1932, son *Bullet.*, 1932, p. 185.
BELLA (A. de.). — *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, LXV, 1924, p. 1757.
BORY (L.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 13 nov. 1924; son *Bullet.*, 1924, p. 399.
BROCQ (L.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 avril 1924, son *Bullet.*, p. 191.
BURNIER (M.) et MERCIER (Melle A.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 déc. 1927; son *Bullet.*, 1927, p. 896.
CHRISTINE. — *Ann. Derm. et Syph.*, 7e sér., I, nº 6, juin 1930, p. 609.
CHTAMOWA. — *Rousski Vestnik Dermatologuii*, sept. 1927, nº 7.
COLCOTT FOX (T.). — *Internat. Atlas of the rare Skin Diseases*, part. V, 1901 (rapp. *in extenso* par WENDE et par DARIER).
COYON et GOUGEROT. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 7 déc. 1911; son *Bullet.*, 1911, p. 424.
EDELMAN (A.). — *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1930, p. 295.
FINNY (J. M.). — *Medic. Press*, 21 janv. 1903, p. 51 (rapp. *in extenso* par WENDE).
GOUGEROT, BLUM (P.) et BRALEZ. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 23 avril 1931; son *Bullet.*, 1931, p. 616.
GOUGEROT et DUREL. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 févr. 1932; son *Bullet.*, 1932, p. 227.
GOUGEROT, MERKLEN et DUREL. — *Soc. fr. Derm. et Syph*, 12 nov. 1931; son *Bullet.*, 1931, p. 1338; *Arch. derm. syph. Clin. Hôp. Saint-Louis*, IV, f. 3, mars 1932.
GOUGEROT et PATTE. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 nov. 1932; son *Bullet.*, 1932, p. 1346.
GOUGEROT et RAGU — *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, p. 1338.
GRAHAM (T.) et THRONE. — *Arch. of Derm. and Syph.*, XXII, 1930, p. 777.
HUDELO, RABUT et CUEX. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 nov. 1928; son *Bullet.*, 1928, p. 830.
JEANSELME et BURNIER. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 juin 1927; son *Bullet.*, 1927, p. 413.
MILIAN. — *Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 10 avril 1924; *Rev. fr. Derm. et Vénér.* VI, nov. 1930, p. 515.
MILIAN et LEREBOULLET. — *Soc. fr. Dermat. et Syph.*, déc. 1930; son *Bullet.*, 1930, p. 1294.
MILIAN et PÉRIN. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 16 janv. 1930; son *Bullet.*, 1930, p. 91.
SABOURAUD. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 avril 1924; son *Bullet.*, 1924, p. 188.
SANNICANDRO. — *Giorn. ital. di Dermat. i Sifil.*, LXXII, 1931, p. 608.
TOURAINE et SOLENTE. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 nov. 1933, p. 1409; 8 févr. 1934.
URUEÑA. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 13 juin 1929; son *Bullet.*, 1929, p. 615.
WEILL (G.) et WATRIN (J.). — *Réun. derm. Nancy.*, 26 mai 1926; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1926, p. 435.
WOROBJEW et UJANSKI. — *Dermat. Woch.*, LXXXIV, 1927, p. 429.

III. — Type Lipschütz (cas probants et connexes)

Afzelius. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CI, 1910, p. 404 ; *Acta derm. venereol.*, II, f. 1, 1921, p. 120.
Balban. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1910 (cité par Lipschütz).
Barthélemy (R.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 19 mars 1924 ; son *Bullet.*, 1924, p. 131.
Berde (H. von). — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, XLVI, nos 3-4, 20 oct. 1933, p. 145.
Drescher. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, XIX, 1926, p. 836.
Freund. — *Giorn. ital. delle mal. ven. e. d. pelle.*, LXV, 1924, p. 1564.
Hellerström (S.). — *Acta derm. venereol.*, XI, avril, 1931, p. 315.
Hudelo et Lejard. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 juin 1925; son *Bullet.*, 1925, p. 284.
Kaufmann-Wolf (M.). — *Berlin. dermat. Ges.*, 15 janv. 1918; *Dermat. Zeitschr.*, XXV, 1918, p. 334 ; *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1920, p. 537.
Kerl. — *Wien. derm. Ges.*, 28 mai 1914; *Wien. klin. Woch.*, 1914, p. 1172.
Krestanov. — *Dermat. Woch* , XCII, 48, 10 janv. 1931.
Liebner et Fenyö. — *Dermat. Woch.*, LXXXIII, n° 46, 1926, p. 1667.
Lipschütz (B.). — *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, CXVII, 1913, p. 1457 ; CXLIII, 1923, p. 365 ; *Wien. derm. Ges.*, 12 févr. 1925 ; *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, XVII, p. 133 ; *Acta derm. vener.*, XII, 1931, p. 100.
Maschkilleison et Minsker. — *Acta derm. ven.*, X, 1929, p. 446.
Nassauer. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, XIX, 1926, p. 836.
Nicolas, Lebeuf et Rousset. — *Réun. derm. Lyon*, 17 avril 1930 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1930, p. 708.
Popper. — *Wien. derm. Ges.*, 8 nov. 1917 ; *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXXV, 1919, p. 339.
Riehl. — *Wien. derm. Ges.*, 13 nov. 1912 ; *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXV, 1913, p. 401.
Spiethoff. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, CXXXII, 1921, p. 254.
Strandberg. — *Acta derm. vener.*, I, f. 3/4, 1921, p. 422 ; II, f. 2. 1921 p. 266.
Stumpke. — *Dermat. Woch.*, LXXXIV, n° 14.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES POÏKILODERMIES

A PROPOS DE TROIS CAS DE TOXIDERMIE FOLLICULAIRE ET PIGMENTAIRE D'ORIGINE EXOGÈNE

Par S. NOGUER-MORÉ
Chef du Service de Dermatologie de l'Hôpital de la Santa Cruz et San Pablo de Barcelone (Espagne).

avec la collaboration de M. GRAU-BARBERA.

Le hasard nous a permis de réunir trois observations cliniques de poïkilodermies. D'après une minutieuse étude étiologique, morphologique et histo-pathologique, elles offrent de véritables analogies qui nous permettent de les décrire dans un seul groupe bien caractérisé, celui des *poïkilodermies de cause exogène initiale*, identiques à celles dénommées mélanoses de guerre de Riehl et à la mélanodermie toxique lichénoïde de Hoffmann et Habermann.

L'observation, toujours constante, chez nos malades, d'une réaction folliculaire initiale à type hyperkératosique, avec tendance marquée à la pigmentation et la concordance d'une même cause étiologique (ouvriers exposés à l'imprégnation lente et continue par des huiles impures de graissage) nous conduisent au qualificatif de *toxidermie folliculaire et pigmentaire*, sous lequel nous désignerons ces cas.

ÉTUDE CLINIQUE. OBSERVATIONS

Les observations cliniques que nous allons résumer présentent une identité parfaite tant du point de vue de leur étiologie que de leur morphologie et de leur évolution.

1° Toutes se rapportent à des femmes respectivement de 45, 25 et 29 ans, en excellent état de santé, sans manifestations d'insuffisance surrénale, filandières de profession, exposées à l'imprégnation, lente et par contact direct, de déchets onctueux, contenant des huiles de graissage sales dans lesquelles l'analyse révèle l'existence d'arsenic et de fer.

2° Les lésions élémentaires sont de deux sortes : porofolliculite subaiguë ou chronique à type hyperkératosique et pigmentaire ; taches pigmentaires hyperhémiques, irrégulièrement disposées, soit condensées en grandes accumulations de pigments, soit plus discrètement, dessinant en quelques points leur fin réticulum strié, sans faire jamais une véritable maille, comme dans la poïkilodermie de Civatte. Dans les espaces clairs, circonscrits par les mailles du réticulum, la peau est légèrement déprimée et pseudo-atrophique ; l'atrophie cutanée et musculaire des autres poïkilodermies manque absolument.

Observation I. — I. A..., âgée de 45 ans, filandière.

Antécédents héréditaires, familiaux et personnels, sans intérêt.

Maladie actuelle. — Au mois de juin 1932, dans la fabrique où elle travaille depuis l'âge de 14 ans, elle observe sur la face de flexion de l'avant-bras droit, près du poignet, de petites taches qui prédominaient au début, au niveau des orifices pilo-sébacés. En quelques jours, l'éruption envahit symétriquement le bras gauche, puis la face externe des avant-bras et la face dorsale des premières phalanges ; lentement, elle s'étend aux bras, au cou, à la face. Le cours anatomo-évolutif a été progressivement en croissant ; la totalité de l'éruption s'est développée en l'espace d'un mois.

La malade entre le 30 janvier 1933, 8 mois après le début de la première manifestation. Pendant ce temps, elle a travaillé continuellement dans la filature où elle est employée à manipuler la chaîne d'un tissu absolument exempt de tout corps gras. Cela n'empêchait pas que la malade ne fût, de temps à autre, en contact avec de l'huile minérale, puisqu'elle était obligée de nettoyer les dents de sa machine, ce qui lui imprégnait légèrement la main et l'avant-bras.

L'état général a toujours été excellent ; elle ne s'est jamais plainte de la moindre asthénie, de la moindre fatigue et elle a toujours eu un excellent appétit.

Lésions objectives actuelles. Main. — La face palmaire en est respectée ; il n'y a ni pigmentation, ni hyperkératose. Sur la face dorsale, l'affection n'atteint que les orifices pilo-sébacés et forme des groupes

symétriques d'hyperkératose folliculaire pigmentaire avec des éléments peu saillants.

Avant-bras. — Sur la face antérieure, les surfaces correspondant à la zone de flexion du poignet sont respectées. Sur toute l'étendue, jusques et y compris le pli du coude, apparaît une pigmentation dif-



Fig. 1. — Obs. I. Mélanose diffuse de la face.
Pigmentations punctiformes périfolliculaires dans la région sternale.

fuse, gris sombre, sur laquelle ressortent légèrement, à la lumière oblique, les éléments punctiformes, un peu plus pigmentés au niveau des orifices folliculaires. On observe de même un léger aspect réticulaire, chaque jour plus accentué, depuis qu'on applique le traitement décolorant (brassage pigmentaire).

Sur la face postérieure et les faces latérales de l'avant-bras, apparaît aussi cette pigmentation diffuse, mais les éléments de kératose folliculaire pigmentaire ressortent notablement, sans arriver pourtant à la formation de spicules.

Bras. — Le bras est presque complètement respecté ; il n'y a de visibles que quelques éléments papulo-folliculaires, sans la moindre pigmentation.

Épaule. — Les régions deltoïdienne, scapulaire et pectorale sont complètement respectées.

Cou. — La pigmentation commence dans la région sus-claviculaire ; elle l'entoure sur toute son étendue, en formant un véritable collier, *avec cette particularité que la surface pigmentée est exclusivement limitée aux régions habituellement découvertes.* Sur la face antérieure du thorax, l'éruption s'étend jusqu'au tiers supérieur de la région sternale et, sur les côtés, elle disparaît dans les régions pectorales et deltoïdiennes (voir fig. 1).

Dans cette région, la pigmentation est presque diffuse, de couleur grise, rouge sombre ou bronzée. Elle se différencie de celle de la face par son teint beaucoup plus clair, sans éléments de kératose folliculaire, ni papules lichénoïdes et avec un très léger aspect réticulaire, qui dépend plus de la répartition inégale du pigment que de l'atrophie.

Face. — On peut dire que, d'une façon globale, elle est envahie par la pigmentation qui offre des aspects différents, suivant les régions atteintes. On trouve toutes les transitions, depuis la pigmentation la plus légère des zones cutanées de la partie moyenne des deux lèvres, jusqu'à la pigmentation brutale qui constitue de véritables accumulations de pigment mélanique dans la région sous-orbitaire.

La pigmentation de la face, en ce cas, forme un véritable masque pigmenté et congestif, discrètement bigarré, limité en haut par le cuir chevelu qu'il respecte, en bas, par une ligne transversale, allant de la région sus-hyoïdienne à la protubérance occipitale externe et, des deux côtés, par une ligne verticale, perpendiculaire à la précédente, passant derrière les deux oreilles, au centre de l'apophyse mastoïde.

Sur le front. — La pigmentation paraît diffuse, parce que la peau, en cette région, est presque constamment atteinte de poussées congestives ; mais l'examen attentif montre des points plus pigmentés qui laissent des espaces légèrement plus clairs, sur lesquels nous voyons de petites télangiectasies.

Nous voyons aussi, dans cette région frontale, d'une part, une congestion active, diffuse, de teinte bronzée, qui atteint également les

joues et, d'autre part, une pigmentation très marquée avec des points plus ou moins discrets et circonscrits d'accumulation pigmentaire contrastant avec d'autres zones voisines plus claires ; ce qui lui donne un aspect discrètement réticulaire. L'examen attentif découvre, en outre, des télangiectasies minimes qui s'expliquent comme la conséquence des troubles fluxionnaires de réaction vaso-motrice habituels chez la malade.

Sur les paupières, le nez et la région antérieure des joues, on observe des plaques érythémato-pigmentaires qui forment, spécialement à la limite de la portion immobile de la paupière inférieure, de grandes accumulations de pigment (voir histologie).

Sur les joues et vers la région temporale, l'érythème pigmentaire acquiert un aspect réticulaire, plus marqué, mais parfois très difficile à apprécier, parce que l'érythème de la peau est, en cette région, très accentué. Il présente ce même aspect vers la région pré-auriculaire et massétérine et, aussi, au niveau de la région mentonnière.

Dans la région cervicale postérieure et mastoïdienne, la coloration bronzée n'est que très légèrement augmentée ; elle forme une très mince plaque continue sans infiltration ni desquamation.

Cavité buccale. — Sur la voûte palatine, on observe une plaque grisâtre, disposée symétriquement de chaque côté, à bords diffus et sans télangiectasie.

Sur le reste du corps, on ne trouve aucune lésion.

L'éruption est absolument *apruriginéuse.*

Système musculaire normal.

Système nerveux. — Réflexes muqueux, cutanés, tendineux normaux.

Appareil circulatoire normal. — Pression artérielle (Yacoel) : 11-8. Pouls : 76 R. O. C. 70.

Appareil respiratoire normal.

Réactions de fixation et de floculation négatives.

Syndrome hématoscopique. — Hématies, 4.320.000 ; leucocytes, 9.800 ; polynucléaires neutrophiles, 66 o/o ; éosinophiles, 4 o/o ; basophiles, o ; métamyélocytes, o ; myélocytes, o ; lymphocytes, 22 o/o ; monocytes, 8 o/o.

Courbe de glycémie provoquée normale.

Exploration du système nerveux végétatif. — Méthode de Daniélopolu ; avant l'épreuve, pouls 75 par minute ; injection intraveineuse de un demi-milligramme de sérum d'atropine : couchée, 92 pulsations ; debout, 102 ; recouchée, 82. On fait une seconde injection d'atropine : couchée, 102 ; debout, 113 ; recouchée, 118.

Métabolisme basal : -28 o/o.

*p*H du sang : 7,40.

Observation II. — Malade F. G..., de 25 ans, examinée pour la première fois le 15 décembre 1932. Mariée. Elle travaille actuellement dans une filature.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, rougeole, scarlatine, coque-



Fig. 2. — Obs. II. Hyperkératose folliculaire avec discrètes pigmentations périfolliculaires. Éléments confluant dans la région de l'aisselle.

luche. Règles apparues à 11 ans, type 8-30, abondantes.

Histoire de la maladie actuelle. — A 9 ans elle commence à travailler à la fabrique jusqu'à 17 ans, sans noter rien d'anormal. Le mariage



Fig. 3. — Obs. II. Hyperkératose folliculaire et pigmentaire spécialement marquée près de la région axillaire à cause de l'habitude de placer, dans l'aisselle, le chiffon imprégné d'huile sale.

l'éloigne de son travail ; il y a deux ans, elle revient à la filature et son labeur consiste à surveiller un métier qu'elle graisse et nettoie. Elle porte à l'atelier un costume sans manches, décolleté.

Deux mois après avoir repris le travail, elle voit réapparaître sur le dos des doigts, au niveau des premières phalanges et dans la région externe de l'avant-bras, des élevures qu'elle compare, comme « si elle avait toujours froid », de toucher désagréable, rappelant une sensation de lime (hyperkératose folliculaire) ; quand elle les frotte avec l'autre main, elles provoquent un prurit assez marqué, paroxystique. Le premier bras affecté fut le droit, mais, au bout de deux mois, les deux bras étaient également atteints.

Depuis quatre mois (quinze mois après le début du syndrome folliculaire), sont apparues sur la face et la partie haute du cou, des taches sombres, symétriques, dont les premières intéressaient les deux régions temporales et les régions mastoïdiennes, jusqu'à réaliser le tableau que nous allons décrire (voir fig. 2).

État actuel. Face. — Taches pigmentaires, hyperchromiques, de couleur brun sombre dans la région temporale antérieure, à bords diffus qui se continuent jusqu'aux limites du cuir chevelu. Dans les régions frontales latérales, la pigmentation est d'un ton plus clair. Sur les joues, dans la région zygomatique, devant le tragus, les taches sont semblables aux précédentes, mais on peut y observer une légère disposition réticulaire.

Sur les mains. — Les lésions les plus marquées s'observent sur le dos de la première phalange où les follicules pileux sont occupés par une formation hyperkératosique, centrée par un point noir.

Avant-bras. — La face antérieure de l'avant-bras est sensiblement moins affectée que ses faces postérieure et externe ; elle est nettement délimitée par une ligne à 2 centimètres du pli de flexion du carpe. Les lésions qu'on observe sur les faces postérieure et externe ont le même aspect que celles que nous avons décrites sur le dos des doigts, c'est-à-dire, hyperkératose qui va en s'atténuant au pli du coude et sur la face d'extension.

Bras. — C'est le même tableau que nous avons décrit, accru par une légère pigmentation autour des follicules qui s'étend aux régions deltoïdienne, claviculaire externe et à la partie haute du thorax. On remarque l'exagération de l'hyperkératose dans l'aisselle où la malade a l'habitude de tenir le chiffon imprégné d'huile sale (fig. 3).

Au cuir chevelu, il n'y a rien d'anormal.

La bouche présente des taches bleu pâle, de 3 millimètres à diamètre maximum antéro-postérieur.

Examen général. — Systèmes musculaire et nerveux normaux, sans atrophie, sans modification des réflexes cutanés et tendineux.

Examens de laboratoire. — Réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, de Meinicke, de Müller, négatives.

Formule hématologique. — Hématies, 4.200 000 ; leucocytes, 8.000 ; polynucléaires neutrophiles, 76 o/o ; éosinophiles, 1 o/o ; basophiles, o ; lymphocytes, 13 o/o ; monocytes, 7 o/o ; formes de transition, 3 o/o.

*p*H du sang : 7,31.

Tests à la surrénale, négatifs.

Observation III. — Maria Creixelle, 24 ans, San Antonio, 24, Alella.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 6 ans. A 18 ans, attaques d'épilepsie fréquentes. Depuis lors glycosurie qui, avec un régime approprié, guérit complètement. Réglée à 14 ans, type 3-30. Habituellement hypoménorrhéique. Depuis cinq ans, l'état général de la malade a toujours été excellent.

Maladie actuelle. — L'affection actuelle date de quatre ans et demi. La première manifestation apparut sur la face dorsale des deux mains, commençant sur la peau des premières phalanges, sous forme de petits éléments folliculaires et, presque en même temps, sur la face dorsale et les bords des deux mains, spécialement le bord radial, les faces de flexion de l'avant-bras, du bras, les régions deltoïdienne et axillaire, dans la fosse sus-claviculaire ; elle respecte pour le moment le cou et la face. Elle est localisée exactement aux régions que la malade a l'habitude de frotter avec ses mains sales, toujours un peu imprégnées de la graisse qu'elle emploie pour lubrifier les machines à filer. Les éléments caractéristiques consistent en petites éminences papuleuses acuminées, occupant les orifices folliculaires, dont quelques-uns laissent échapper un petit cône corné, grisâtre, noirâtre, adhérent ; ces éléments se différencient de l'hyperkératose et de la kératose pilaire simple par leur plus grande pigmentation.

Quand la malade suspend pendant deux mois son travail de tisseuse de coton, ces éléments disparaissent ou s'améliorent spontanément. L'éruption n'a envahi la partie haute du cou et de la face que depuis quatre mois elle y a débuté uniquement par une légère proéminence des éléments folliculaires sans pigmentation marquée. A la face, elle n'offrait qu'une légère pigmentation diffuse qu'on confondait au début avec une radiolucite. Peu à peu et dans l'espace de deux ou trois mois, la pigmentation atteignit son maximum avec formation de grandes accumulations pigmentaires sur les joues, la racine du nez et le front. Sur la face, il est curieux de noter la tendance aux réactions vasomotrices ; on voit alterner rapidement en quelques minutes des phases d'hyperémie active et passive qui exagèrent ou dissimulent les zones pigmentées. La malade est de type fluxionnaire à prédominance vagale, en certains moments, tandis que, en d'autres, prédomine la sympathicotonie avec crises du vague.

Étude clinico-topographique des lésions. — Les lésions sont absolument symétriques.

Main. — La face palmaire est respectée ; sur la face dorsale, groupements d'hyperkératose folliculaire pigmentaire dans la région correspondant aux premières phalanges (fig. 4). Sur le dos, éléments identiques isolés, très confluents vers l'articulation du poignet. Sur le bord cubital, kératose pilaire accentuée avec faible pigmentation et éléments desquamatifs qui simulent l'ichtyose.

Avant-bras. — Sur la face d'extension, on observe de petites taches de coloration gris sombre dont une de la dimension d'une pièce d'un franc, laissant des espaces de peau plus claire qui lui donnent un aspect pseudo-réticulaire ; au milieu de cette tache bigarrée, il se détache deux sortes d'éléments folliculaires ; les uns identiques à l'hyperkératose folliculaire pigmentaire déjà décrite à la main ; d'autres sont des éléments de porofolliculite qui apparaissent quand la malade est obligée de se gratter à cause du violent prurit dont elle souffre par crises. Ces éléments disparaissent spontanément quand la malade reste deux jours sans se gratter.

Sur la face de flexion, apparaissent des éléments identiques, un peu plus discrets ; le pli de flexion du poignet, comme celui du coude, sont respectés.

Bras. — On voit de petites taches pigmentaires, discrètement isolées, grisâtres, claires, ainsi que des éléments de kératose pilaire, avec légère hyperpigmentation. Les taches ne sont pas en nombre suffisant pour reproduire l'aspect pseudo-réticulé décrit sur l'avant-bras.

Épaule. — Dans les régions deltoïdiennes, scapulaires et pectorales, il est impossible de trouver aucune réticulation ; il y a à peine quelques éléments pigmentaires ou folliculaires.

Cou. — Ce n'est qu'à la partie inférieure, antérieure et antéro-latérale du cou et spécialement dans les régions sus-claviculaires et sus-sternale, qu'il est possible de décrire un discret collier pigmentaire, réticulaire et qui correspond exactement aux régions normalement exposées au contact de la lumière. Les mailles du réticulum sont extrêmement fines et on voit, au milieu, se détacher de petits éléments pigmentés qui, plus qu'une véritable maille, dessinent une surface réticulaire striée. Cet aspect particulier diffère essentiellement de *la poïkilodermie de Civatte.*

A la partie moyenne et supérieure du cou et dans la région postérieure, la pigmentation est plus diffuse ; on ne note pas l'aspect réticulaire ; la peau est, au niveau de la nuque, légèrement xérodermique.

Face. — Elle diffère essentiellement de l'observation I, parce que la pigmentation n'est pas aussi nettement diffuse ; elle forme, au contraire, de véritables accumulations circonscrites, séparées par des espaces de peau légèrement atrophique et on trouve uniquement sur la joue un aspect réticulaire ou pseudo-réticulaire. L'éruption est réduite essentiellement à la présence de taches pigmentaires.

Sur le front, apparaissent des taches discrètes irrégulièrement disposées qui deviennent complètement invisibles dans les phases de con-



Fig. 4. — Obs. III. Hyperkératose folliculaire conglomérée sur les premières phalanges ; éléments isolés sur le dos de la main.

gestion ou de fluxion céphalique dont souffre fréquemment la malade. A la limite du cuir chevelu et des sourcils, la peau est complètement respectée et contraste avec l'hyperpigmentation de la région interciliaire.

Nez. — A la base ou à la racine du nez, tache unique de coloration gris clair et taches denses formées par de véritables accumulations pigmentaires très marquées des deux côtés et sur presque toute l'étendue du sillon naso-jugal.

Joues. — Des taches pigmentaires dans la région antérieure et moyenne avec grande accumulation de pigment sur la proéminence qui sépare le sillon jugo-labial ; cette tache (fig. 5), la plus pigmentée de toutes celles qu'il y a sur la figure, contraste avec une zone claire pseudo-atrophique qui est plus en arrière et sur laquelle on apprécie légèrement l'aspect réticulé ; plus loin encore, on aperçoit une autre grande tache moins pigmentée que la précédente qui descend jusqu'à la région commissurale. Vers la région temporale, pigmentations diffuses qui disparaissent au niveau du sillon préauriculaire. L'oreille est complètement respectée.

Lèvres. — Petits éléments pigmentaires exagérés au niveau des commissures. Depuis un certain temps, la malade souffre d'un léger processus de chélitis desquamative.

Région mentonnière. — Pigmentation plus diffuse avec léger piqueté pigmentaire et quelques éléments de kératose folliculaire.

La cavité buccale est complètement respectée, de même que le reste de la surface tégumentaire.

Examen général. Systèmes musculaire, nerveux et circulatoire normaux. — Pression artérielle au Yacoel, 12-7 ; pouls, 80 R. O. C. 74. La friction des téguments provoque l'apparition d'une raie rouge persistante.

Appareil respiratoire. — Sans altération.

Recherches de laboratoire. — Réaction de fixation et de floculation négatives. Métabolisme basal : + 4 o/o (selon Harris et Benedict).

Étude du sang. — Hémoglobine, 90 o/o ; globules rouges, 5.200.000 ; globules bancs, 8.200 ; polynucléaires neutrophiles, 72 o/o ; éosinophiles, 1 o/o ; basophiles, 1 o/o ; lymphocytes, 20 o/o ; monocytes, 6 o/o.

Étude des tests pharmaco-dynamiques. — Épreuve de Parisot et Richard à la thyroïdine, négative. Épreuve de Goetsch à la surrénale totalement négative. Test hypophysaire négatif.

Courbe d'hyperglycémie provoquée normale ; *pH* du sang : 7,41.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Résumé historique. — Riehl étudia à Vienne, pour la première fois en 1917, douze cas de l'affection qui porte son nom. De son étude étio-pathogénique, il déduit qu'il s'agit d'une toxidermie de cause



Fig. 5. — Obs. III. Mélanose diffuse et grandes taches pigmentaires.

interne, due à la mauvaise qualité des farines des pains de guerre (Vienne, 1917, guerre mondiale), opinion partagée par ses élèves Kren et Kerl. Cette théorie alimentaire a été invoquée également par Hoffmann qui croit voir comme cause de cette dermatose la consommation de la farine de maïs. Blaschko l'attribue, au contraire, à l'usage de la margarine adultérée. D'après ces auteurs, cette intoxication produirait une photo-sensibilisation des régions exposées à l'atteinte de la lumière qui déterminerait la localisation du processus. On fait remarquer, d'autre part, son analogie avec la pellagre et c'est pour cette raison qu'à la « Kriegmélanose », on a donné aussi le qualificatif de pellagroïde de Riehl.

Mais la répétition des observations chez les ouvriers en contact avec des huiles de graissage fit naître la théorie d'une *intoxication d'origine externe* par les huiles impures et chargées de particules de fer. Blum et Thibierge ont trouvé du fer dans les cônes folliculaires cornés.

En France, en 1919, apparaissent les premiers cas, indépendamment de ceux de langue allemande. Ils sont dus à Thibierge, Hudelo et Barthelemy.

En 1923, Civatte isola une nouvelle dermatose qu'il sépare de la poïkilodermie vasculo-atrophiante de Jacobi, parce qu'elle présente à un moindre degré les télangiectasies et l'atrophie cutanée et parce qu'elle offre la particularité d'être localisée à la face et au cou. Le tableau décrit par cet auteur présente de grandes analogies cliniques et histologiques avec la dermatose de Riehl ; il en diffère uniquement par sa pathogénie et son étiologie. La maladie de Civatte se présenterait chez des femmes à la ménopause ou avec des troubles aménorrhéiques ; son cours anatomo-évolutif est lent et ses symptômes s'amélioreraient par l'opothérapie surrénale.

En Espagne, on a publié trois cas. Le premier est dû à Anduize en 1928. Il s'agissait d'une femme de 42 ans avec dérèglements menstruels, qui travaillait dans un magasin de charbon ; elle n'avait pas d'insuffisance glandulaire ou surrénale. Dans le second cas publié par Navarro Martin et Aguilera, il s'agit d'une femme de 32 ans, aménorrhéique depuis trois mois, ayant dans ses antécédents une médication arsenicale avec le 914 ; le tableau clinique est typique, l'histologie concorde avec celle de Civatte. Les auteurs disent qu'on peut exclure de ce cas tout facteur alimentaire et aussi tout facteur

irritatif chimique. En se basant sur l'hypotension, l'asthénie et l'hypoglycémie, ils concluent qu'il s'agit d'un cas d'hyposurrénalisme. Le troisième cas de Covisa et Gay Prieto est cliniquement et histologiquement analogue à celui de Navarro Martin et Aguilera.

Les cas de Salaverri appartiennent à notre groupe des poïkilodermies secondaires, consécutives au lichen, à la dermite réticulaire pigmentaire des jambes, à la dermite photo-microbienne, etc.

DISCUSSION ÉTIO-PATHOGÉNIQUE

Discussion étio-pathogénique. — De l'ébauche historique que nous venons de résumer, on déduit la complexité de la question étio-pathogénique des poïkilodermies en général.

Dans le sous-groupe des poïkilodermies de cause exogène et, parmi elles, notre *toxidermie folliculaire pigmentaire*, nous avons pu établir des faits qui ressortent remarquablement de notre synthèse clinique. Dans l'étude étiologique, il faut considérer d'abord la réaction folliculaire initiale comme la résultante de *l'irritation locale*, produite par le contact direct de l'agent exogène, en l'espèce, l'huile minérale impure.

L'importance de *l'influence toxique locale* et de son action immédiate sur l'augmentation de la pigmentation (effet mélanogène) apparaît plus grande si on tient compte que l'abandon de la profession détermine une amélioration notable. Tout se passe comme si les particules métalliques contenues dans ces huiles et révélées par l'analyse chimique (arsenic et fer spécialement) agissaient par absorption transcutanée. La couche cornée, barrière généralement infranchissable à l'absorption de certaines substances est perméable aux corps volatils spécialement et cette absorption peut être favorisée par les lésions folliculaires, puisque, dans nos trois cas, semble-t-il, la pigmentation massive de la face n'est apparue qu'après une phase longue et lente de kératose pigmentaire folliculaire. On pourrait passer, par conséquent, *de la réaction toxique locale folliculaire à la sensibilisation* produite par l'absorption de certaines substances qui, en agissant lentement produiraient des troubles du système endocrino-sympathique. On sait que ce système, malheu-

reusement encore peu connu physiologiquement, provoque des réactions d'une violence extraordinaire, même avec une dose minime de toxique, à condition de se trouver en déséquilibre.

Dans nos cas, il existait des signes évidents de troubles parasympathiques, comme sont la congestion faciale intense, la vasodilatation particulièrement visible sur la figure, les conjonctives et le pharynx, signes identiques à ceux que nous observons après une épreuve pharmaco-dynamique à la pilocarpine ou à l'histamine. Nous comprenons ainsi qu'*il est possible d'établir, sans pouvoir expliquer la nature intime du processus, une relation entre cet état initial de réaction folliculaire et pigmentaire discrète et la dystrophie pigmentaire massive qui apparaît plus tard.*

ÉTUDE HISTO-PATHOLOGIQUE

De l'étude histo-pathologique ressortent les données fondamentales suivantes :

1° la réaction inflammatoire folliculaire à type hyperkératosique ;

2° la surabondance des mélanophores et des dépôts de pigments condensés spécialement au niveau de la première portion du follicule. On ne trouve nulle part de bloc hyalin (Civatte) ;

3° L'intégrité du réseau élastique ; il n'y a, par conséquent, pas d'atrophie.

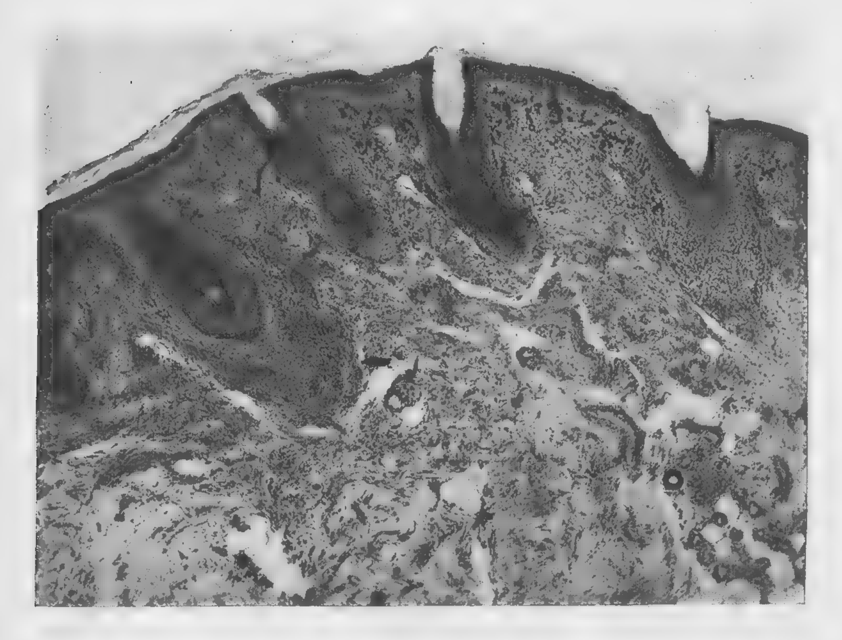
Micro n° 1. Obj. 3. Oc. 3. — Coloration hématoxyline et éosine.

Biopsie d'un élément hyperkératosique folliculaire de la première phalange de la face dorsale. L'épiderme montre une légère atrophie ; ses cellules sont serrées ; dans quelques zones, leur distribution ne forme que trois couches. Il existe de l'hyperkératose, spécialement au niveau des orifices folliculaires et sur des points qui correspondent sûrement à l'émergence déviée de quelques-uns. La couche granuleuse est formée seulement par une assise de cellules. Dans la couche filamenteuse, on observe la présence d'éléments d'infiltration (polynucléaires) émigrés du derme, ainsi que quelques cellules vacuolisées. La couche germinative normale présente une augmentation notable du pigment qui forme de véritables dépôts intracellulaires.

Dans le derme, on trouve une véritable infiltration, sans limite précise, qui se continue insensiblement dans les zones normales voisines.

Cette zone est formée par un léger œdème et une infiltration qui est constituée par des cellules rondes de type lymphocytaire, placées de préférence autour des vaisseaux et par des cellules chargées de pigments, véritables mélanophores. Celles-ci se trouvent de préférence dans la partie la plus superficielle de l'infiltration dermique et, en beaucoup d'endroits, le pigment forme des dépôts isolés dans le tissu conjonctif du derme. Les vaisseaux dilatés sont remplis d'hématies.

Micros nos 2 et 3. — Biopsie de la peau pigmentée de la région sous-



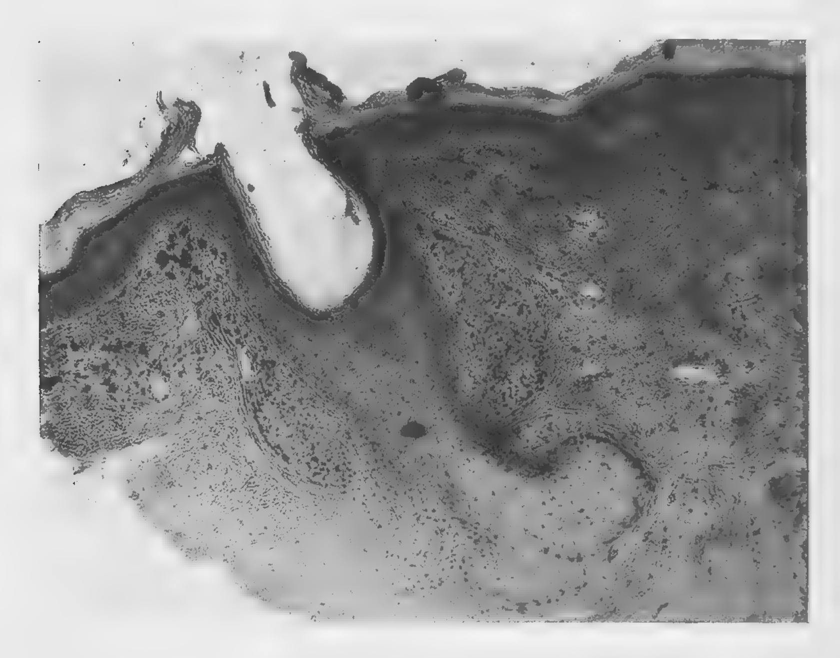
Micro nº 1. — Peau de la première phalange de la face dorsale. Coloration hématoxyline-éosine. Obj. nº 3, oc. nº 2. Énormes infiltrations périfolliculaires effaçant en quelques points le derme papillaire. Grandes accumulations de pigment dans la couche superficielle du derme papillaire.

orbitaire, appartenant à l'observation I. Coloration hématoxyline-éosine et del Rio Ortega. Oc. 3. Obj. 2.

Dans cette coupe, ce qui attire surtout l'attention, c'est l'absence d'atrophie qui ne se manifeste légèrement qu'en quelques points. Les couches de l'épiderme, bien qu'amincies et réduites par places à une seule rangée de cellules, présentent une distribution parfaite et régulière et ce n'est que dans les régions dans lesquelles l'infiltration est très dense qu'il est difficile de distinguer les limites entre l'épiderme et le derme. Sur la ligne qui sépare de l'épiderme les infiltrations der-

miques, on ne trouve pas les cavités contenant les blocs hyalins et les cellules pigmentaires décrites par Civatte et Nicolau dans leurs cas de poïkilodermie. Les mélanophores de la couche basale, sans être très nombreux, s'observent régulièrement sur toute son étendue.

Dans le derme, les lésions inflammatoires et pigmentaires acquièrent des caractères exagérés. D'autre part, l'infiltration qui occupe le derme superficiel autant que le profond est constitué par des lymphocytes, des fibroblastes et quelques polynucléaires neutrophiles. Les capillaires et

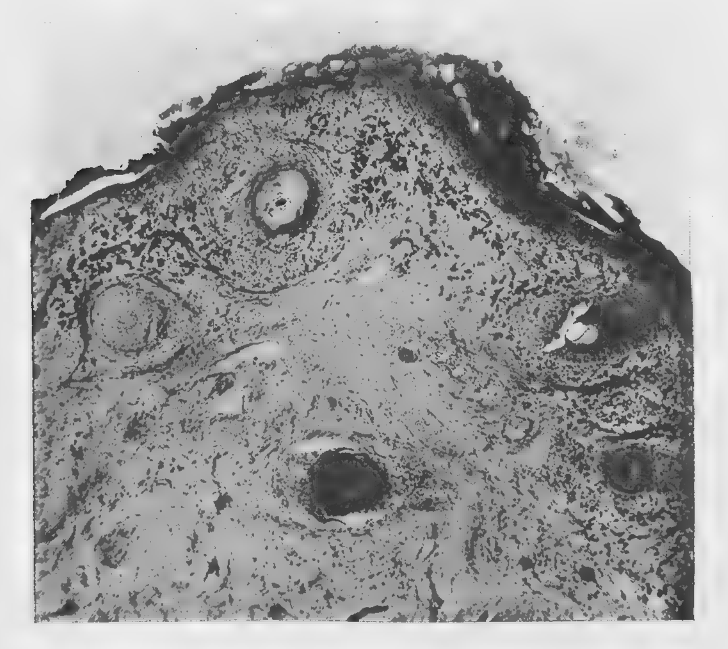


Micro n° 2. — Biopsie de la région sous-orbitaire. Coloration hématoxyline et éosine. Obj. n° 3, oc. n° 3. Manchon inflammatoire périfolliculaire et grandes accumulations de pigment périfolliculaire et dans le derme.

les petits vaisseaux apparaissent avec leur endothélium tuméfié et, dans leur adventice, on trouve des leucocytes en diapédèse. C'est pour cette raison que les lésions péri-vasculaires apparaissent avec des limites bien accusées. Mais, là où la lésion inflammatoire a sa localisation de prédilection, c'est autour du follicule pileux ainsi que, en quelques points, autour de la glande sébacée. Dans ces régions, l'infiltration arrive à constituer un véritable manchon qui enveloppe de préférence la zone entourant l'infundibulum funiculaire et respecte presque complètement la partie la plus basse du bulbe. Parallèlement à l'infiltration inflammatoire, le pigment contenu dans le derme acquiert aussi des

proportions exagérées. On voit en abondance extraordinaire des mélanophores et des dépôts de pigment condensés, spécialement au niveau de la première portion du follicule, comme si, par l'effet de la réaction inflammatoire folliculaire initiale, s'éveillait une capacité pigmentaire (effet mélanogène).

Micro n° 4. — Biopsie de la peau de l'avant-bras dans une zone de peau blanche entourée d'une zone fortement pigmentée. Coloration des fibres élastiques par la méthode de Gallego (fuchsine ferrique).



Micro n° 3. — Région sous-orbitaire. Coloration Rio Ortega. Obj. 3, oc. 2. L'imprégnation argentique sélective met surtout en relief les accumulations pigmentaires périfolliculaires.

Elle nous a donné une coloration complète du réseau élastique du derme superficiel et profond, sans qu'il soit possible de démontrer ni la disparition, ni même la diminution du réseau élastique. Si l'on étudie en détail les fibrilles colorées en violet par la fuchsine, on se rend compte de l'existence d'un processus pathologique évident dans la fibrile même qui n'a rien à voir avec une augmentation possible, ni avec une diminution auxquelles nous ne croyons pas. Il s'agit d'une lésion caractérisée par la perte de la flexuosité de la fibrille élastique. Au lieu de former une trame élégante de fibres hélicoïdales ou ondulées,

elles forment un réseau de fibres rigides, rectilignes, qui ne présentent que de temps à autre une légère ondulation et cette lésion est aussi évidente dans le derme superficiel que dans le profond, bien que plus claire dans celui-là.



Micro n° 4. — Méthode Gallego (fuchsine ferrique). Fibres élastiques normales avec une disposition spéciale rectiligne et de légères ondulations.

CLASSIFICATION. NOMENCLATURE

Classification. Nomenclature. — Personne ne s'étonnera de la difficulté que présente une classification des poïkilodermies. Beaucoup des cas décrits apparaissent avec des tableaux cliniques si complexes et si polymorphes qu'ils peuvent se confondre indistinctement dans un ou dans plusieurs des groupes établis dans des classifications plus ou moins arbitraires.

Nous basant sur les cas étudiés dans lesquels la cause irritative locale a bien été mise en évidence et sur la littérature de ce cha-

pitre dermatologique, nous croyons logique d'établir la classification suivante :

Premier groupe. — Poïkilodermies initialement d'origine exogène, sans atrophie ou avec légère atrophie secondaire ;

Deuxième groupe. — Poïkilodermies d'origine endogène (endocrino-neurotrophiques) avec atrophie cutanée primitive, musculaire ou mixte (cutanée et musculaire) ;

Troisième groupe. — Poïkilodermies secondaires ou poïkilodermies syndromes, consécutives à des lésions lichénoïdes parakératosiques, érythrodermiques, etc.

Premier groupe. — Pour éviter la confusion actuelle, nous proposons de l'appeler *toxidermie folliculaire et pigmentaire.* Nous y englobons les poïkilodermies dans lesquelles *le facteur externe toxique irritatif est bien démontré* et constitue la première phase du processus. Tels sont nos trois cas, objet de la présente communication. Dans ce groupe, on peut inclure la mélanose dite « de guerre » et la mélanodermie toxique lichénoïde de Riehl et Hoffmann et Habermann respectivement. Ce groupe sert de frontière au groupe des acnés professionnelles (acné des hydrocarbures, bouton d'huile, *elaioconiosis* de Blum ou exanthème folliculaire acnéiforme de Veress), parce qu'il existe entre eux une différence fondamentale ; c'est que dans nos cas, *les réactions folliculaires évoluent vers la formation de l'hyperkératose de l'orifice folliculaire et non vers la réaction folliculaire aiguë ou subaiguë* qui caractérise la folliculite microbienne ou toxi-infectieuse du bouton d'huile.

Deuxième groupe. — Dans le second groupe et sous le nom de *poïkilodermies endocrino-neurotrophiques*, nous englobons toutes les poïkilodermies dans lesquelles le facteur exogène n'existe pas ou ne peut pas être démontré. La cause en serait endocrinienne, comme dans les cas purs de Civatte ou endocrino-neurotrophique, comme dans les cas avec prédominance de l'atrophie musculaire. On pourrait subdiviser les cas cliniques de ce groupe en trois types :

1° *Type Petges-Clejat*, avec prédominance d'atrophie musculaire ;

2° *Type Jacobi*, avec lésions généralisées et atrophie cutanée ;

3° *Type Civatte*, avec lésions localisées uniquement à la face et au cou.

1° *Type Petges-Clejat.* Rappelons que, en 1906, le groupe de Petges et Clejat fut étudié par ces auteurs sous le nom de sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée, puis de poïkilodermatomyose. En 1929, Nicolau (de Bucarest) proposa le nom de poïkilodermie myopathique. Ce groupe est séparé du précédent par une différence fondamentale, les importantes lésions d'atrophie musculaire, sûrement de cause nerveuse ou myopathique.

2° *Type Jacobi.* Nous classons dans le tableau des poïkilodermies vasculaires atrophiantes et pigmentaires (Jacobi) les cas cutanés généralisés. Dans ceux-ci, la lésion initiale est érythémato-atrophiante ou érythémato-pigmentaire. Les cas publiés en Espagne par Navarro-Martin et Aguilera et par Covisa et Gay-Prieto appartiennent plutôt au type de Civatte, suivant la description qu'en font ces auteurs ; mais, sans analyse objective, il est très difficile d'établir des points de vue définitifs.

3° *Type Civatte* avec lésions localisées uniquement sur la face et sur le cou. Ce type apparaît en 1923 comme une dermatose bien caractérisée. Bien vite, il perd sa prétendue indépendance puisque, à l'occasion de la discussion d'un cas de mélanose de guerre présenté par Thibierge, c'est Civatte lui-même qui identifie la mélanose de Riehl avec le tableau clinique isolé par lui. Cette confusion existe encore en 1929, à en juger par les paroles autorisées prononcées par Civatte au Congrès de Strasbourg, dans son intervention à propos du cas présenté par Gaté et Michel. En dépit des analogies histo-pathologiques et cliniques que présentent les deux dermatoses, il existe un facteur différentiel important : l'étiologie, franchement externe dans la mélanose de Riehl et endocrinienne ou humorale dans la poïkilodermie de Civatte.

Troisième groupe. — Poïkilodermies secondaires ou syndromes poïkilodermiques. — Nous réunissons là un ensemble de dermatoses auxquelles convient le qualificatif de poïkilodermies, parce qu'elles présentent un groupement bigarré de lésions cutanées. Nous admettons dans ce groupe les cas de Muller (lupus érythémateux), de Graham Little (sclérodermie), de Liebner (mycosis fongoïde), de Rhus (lucémie cutis), le cas de Gaté et Michel qui évolue vers le mycosis fongoïde, le cas de Gougerot et Burnier de poïkilodermie consécutive à un parapsoriasis, celui de Covisa et Bejarano, consécutif à une érythrodermie salvarsanique et tous les cas

consécutifs à la parakératose variegata, au parapsoriasis lichénoïde et même tous les cas qui débutent par une papule lichénoïde, malgré la tendance de Gougerot et Nicolau, à faire de cette papule lichénoïde la lésion élémentaire des poïkilodermies de Jacobi.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1933.

Annales des Maladies Vénériennes.

De la tolérance du diéthylène-amino-glucyl-arséno-phénylamino-mono-méthylène sulfoxylate de sodium, employé à doses très rapidement croissantes et rapprochées, par A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 12, décembre 1933, p. 913.

C. a traité une quarantaine de malades avec ce médicament suivant la méthode de Politzer, il a constaté la parfaite tolérance du produit. Ce médicament peut être utilisé par voie intra-musculaire en solution glycosée à 20 o/oo, et phénolée à 5 o/oo. H. Rabeau.

Deux cas d'agranulocytose observés au cours du traitement de la syphilis, par J. Brants. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n0 12, décembre 1933, p. 902.

La première malade âgée de 12 ans présentait une syphilis secondaire. Elle reçut quatre injections de salvarsan qu'elle ne supportait pas, aussi on fit seulement 0,15 comme quatrième dose, ensuite on lui fit quatre injections de muthanol, puis apparaissent une tuméfaction de la gorge et des amygdales, et quelques jours plus tard des ulcus gangréneux, nécrotiques. La mort survient 30 jours après le début du traitement.

Le deuxième malade âgé de 36 ans présentait des maux de gorge avec ulcérations couvertes d'une membrane jaune brunâtre. La sérologie est fortement positive, on fait le diagnostic de syphilis gommeuse, un traitement mixte Bi et Néoïacol est institué. L'apparition subite, après régression des ulcérations pour lesquelles le malade était traité, d'ulcères nécrotiques et de forte fièvre firent soupçonner l'agranulocytose que l'examen du sang confirma.

Le malade guérit. H. Rabeau.

Les débuts des syndromes recto-ano-génitaux éléphantiasiques; l'éléphantiasis localisé, la gomme du « Nicolas-Favre », par H. Gougerot et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n0 12, décembre 1933, p 881, 3 fig.

Les trois observations publiées sont fort intéressantes parce que les auteurs ont assisté, sinon à l'éclosion des accidents du moins à leur

jeunesse. Pour une des malades la réaction de Frei positive affirme le virus de Nicolas-Favre, pour les deux autres l'étiologie est plus difficile à fixer, les deux derniers malades sont syphilitiques, la réaction de Frei n'a pu être faite, ce sont donc des cas d'étiologie complexe, mais la maladie de Nicolas-Favre semble très probable. Dans les 3 cas, les lésions de début sont analogues : éléphantiasis localisé à un pli radié de l'anus, à un secteur de la vulve, nodules d'abord durs, puis ramollis et abcédés, enfin fistulisés, évoluant pour leur propre compte. Les auteurs considèrent ces lésions nodulaires comme de véritables gommes de la maladie de Nicolas-Favre. H. Rabeau.

Annales de Médecine (Paris).

Recherches expérimentales sur l'anaphylaxie et l'antianaphylaxie. Sensibilisation et désensibilisation par voie cutanée, par A. Duthoit et C. Gernez. *Annales de Médecine,* t. XXXIV, nº 5, décembre 1933, pp. 447-462.

Pour une grosse dose déchaînante la sensibilisation est la même par voie *intra* que par voie *hypo*dermique ; pour de faibles doses déchaînantes il y a plus d'accidents mortels chez les animaux sensibilisés par voie hypodermique. L'excision de la peau 20 minutes après l'injection hypodermique n'empêche pas la sensibilisation. Après rasage, friction et pansement humide au sérum de cheval pur ou légèrement dilué le cobaye est sensibilisé. Par contre la même voie épidermique est tout à fait impuissante à désensibiliser un animal préparé alors que la voie intradermique est efficace, la protection se manifestant dès la 5e ou 6e heure, se complétant ensuite pour être parfaite de la 24e heure au 4e jour (aucun accident mortel, seulement du prurit). L'excision de la peau 20 minutes après l'injection désensibilisante n'empêche pas son action ; pour que cette action se produise il est indispensable que la peau soit en excellent état de nutrition comme le montrent des essais sur des fragments de peau plus ou moins isolés ou décollés par dissection.

La désensibilisation se fait sensiblement de la même façon par voies intradermique ou hypodermique, un peu plus efficace cependant par cette dernière.

La durée de la désensibilisation est courte ; dès le 5e jour l'injection déchaînante provoque des accidents ; ils sont presque constamment mortels passé le 7e jour (chez le cobaye) contrairement aux conclusions d'Otto ; fait qui s'accorde mal avec l'hypothèse d'un retour de l'animal à l'état neuf après vaccination anti-anaphylactique. A. Bocage.

Contribution à l'étude de l'allergie syphilitique. Autosurinfection syphilitique à point de départ ganglionnaire, par C. Haralambie et S. Milcoveanu. *Annales de Médecine,* t. XXXIV, nº 5, décembre 1933, pp. 489-493, 1 fig.

Observation d'un malade atteint de chancrelle de la verge fin juin ; guéri en une semaine par le nitrate d'argent, il fait ensuite un bubon qui se fistulise au début de septembre. A ce moment apparition de chancres

syphilitiques de la verge, non traités comme tels. Au début d'octobre la fistule inguinale est entourée d'un large placard infiltré (7 × 10 cm.) cutané d'éléments papuleux de petite taille. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un accident syphilitique hybride intermédiaire entre les types primaire et secondaire. A. Bocage.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Adénopathie régionale et présence de tréponèmes chez le cobaye atteint de syphilis expérimentale, par J. Van Hælst. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, n° 6, décembre 1933, p. 714.

Chez le cobaye l'adénopathie régionale doit s'inscrire comme symptôme constant et caractéristique de l'accident primaire de la syphilis génitale apparente. Adénopathie forte, de dimension et de poids variant avec l'ampleur des lésions, caractéristique surtout après la disparition de la réaction banale consécutive à l'introduction de corps étranger. Au niveau du ganglion prédominant, l'examen ultra-microscopique révèle toujours la présence de tréponèmes dont le nombre est proportionnel à l'âge et à l'extension des lésions. La répartition des tréponèmes est analogue à celle que l'on retrouve dans le tissu ganglionnaire correspondant de l'homme et du lapin. L'évolution de l'adénopathie est parallèle à celle de l'accident primaire, sa durée est de cinq semaines. Il peut se produire, sans que l'inoculation occasionne le moindre accident primaire, une adénopathie typique avec présence de tréponèmes. La syphilis expérimentale du cobaye revêt deux formes différentes : syphilis apparente avec accident primaire nettement accusé ou mitigé : syphilis inapparente avec ou sans adénopathie. H. Rabeau.

Sur l'utilité de conserver la réaction d'opacification de Meinicke pour le séro-diagnostic de la syphylis, par S. Mutermilch et Mlle L. Marsal. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, n° 6, décembre 1933, p. 737.

Les auteurs ayant étudié 400 sérums par les trois réactions de Hecht, Meinicke et Kahn comparativement estiment que la réaction de Meinicke doit être maintenue dans l'arsenal sérologique destiné au diagnostic de la syphilis soit comme méthode de contrôle, soit comme le seul procédé accessible aux sérologistes éloignés de tout centre scientifique et privés d'outillage de laboratoire satisfaisant. H. Rabeau.

Archives de médecine des Enfants (Paris).

Paralysie générale et tabès infanto-juvéniles, par J. Caubry, *Archives de médecine des Enfants*, t. XXXVI, n° 11, novembre 1933, pp. 684-690.

Revue générale de quelques travaux récents sur cette question, qui mettent en évidence la fréquence de l'hérédité similaire de la paralysie générale, et en particulier son origine paternelle et son apparition à la puberté. A. Bocage.

Bulletin médical (Paris).

Sur le syphilome pseudo-néoplasique du testicule, par P. Goinard, Sarlin et Akoun. *Bulletin médical*, 47e année, n° 48, 2 décembre 1933, p. 773.

Observation d'un homme de 23 ans, chez lequel une gomme énorme incarcérée dans une coque fibreuse fait penser à une tumeur. L'intervention montre la nature de la lésion, confirmée par l'examen histologique.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Hémi-syndrome cérébelleux syphilitique, par C. S. Urechia et C. Dragomir. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 31, 11 décembre 1933, p. 1450.

Homme de 35 ans, ignorant sa syphilis et présentant de la céphalée et des symptômes cérébelleux du côté gauche. L'examen montre des signes cliniques, sérologiques et liquidiens de syphilis. Un traitement par malaria, néosalvarsan et bismuth, fit disparaître les signes cliniques et améliora les signes liquidiens. H. Rabeau.

Chorée aiguë chez un hérédo-syphilitique, par C. I. Urechia. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 32, 18 décembre 1933, p. 1484.

Enfant de 8 ans, avec des stigmates d'hérédo-syphilis : infantilisme, cryptorchidie. Sans aucun accident infectieux apparent, l'enfant fait une chorée qui cède à un traitement syphilitique. H. Rabeau.

La pyréthothérapie des arthrites gonococciques, par T. Dumitresco et C. Petrea. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 32, 18 décembre 1933.

5 cas d'arthrites gonococciques remarquablement influencées par le traitement pyrétogène au moyen de vaccin antichancrelleux. La précocité du traitement a une grosse importance. Le résultat est d'autant plus favorable que la fièvre a été plus intense et persistante à ce haut degré. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Le venin de cobra dans la cure des algies et des tumeurs (Présentation de malades), par C. Taquet. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris*, 137e année, n° 17, 8 décembre 1933, p. 651.

Une expérience de trois ans, a montré à T..., que le cancer douloureux est heureusement influencé par les injections de venin de cobra qui calme peut-être moins vite que la morphine, mais dont l'action est plus

durable et la toxicité moindre. Dans beaucoup de cas, la tumeur maligne s'arrête dans son évolution, rétrograde même sous l'influence d'une thérapeutique locale. H. RABEAU.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Valeur de la réaction de Wassermann chez le lapin, par A. BESSEMANS et FR. DE POTTER. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 31, 30 septembre 1933, pp 532-535.

Une statistique portant sur près de 1.500 animaux montre l'absence pratique de spécificité de la réaction, rarement positive chez le lapin normal (12 o/o), plus souvent chez le lapin inoculé avec des produits non syphilitiques (21 o/o), ou infecté avec *Treponema cuniculi* (35 o/o), mais pas plus fréquemment chez les lapins syphilitiques (27,5 o/o).

A. BOCAGE.

Etude bactériologique, ganglionnaire et sanguine d'un cas de granulomatose maligne, par R. TURPIN, Mlle C. BRUN et M. LŒPER. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 32, 28 octobre 1933, pp. 628-630.

D'un ganglion et du sang d'une enfant atteinte de granulomatose maligne ont été isolées deux souches microbiennes identiques, qui présentent les plus étroites analogies avec une souche isolée de la rate d'un cobaye inoculé à partir d'un ganglion granulomateux. Les germes qui constituent ces souches présentent un cycle évolutif superposable à celui du virus tuberculeux tel que l'ont décrit Fontes et Vaudremer. Leur inoculation au cobaye produit une tuberculose atypique comparable à celle que réalise l'inoculation des éléments filtrables du bacille de Koch. Ils peuvent donc être considérés comme une forme atypique du virus tuberculeux. A. BOCAGE.

Entretien du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas-Favre) par des passages névraxiques chez la souris, par C. LEVADITI, P. RAVAUT, R. SCHŒN et J. LEVADITI. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 31, 21 octobre 1933, pp. 499-501.

16 passages ont déjà pu être réalisés sur la souris à partir d'un virus simien. Le virus continue à être virulent pour le singe et donne des accidents morbides chez la souris, au lieu d'une maladie inapparente. Le meilleur intervalle pour les passages successifs est de 6 jours.

A. BOCAGE.

Réceptivité de la souris blanche à l'égard du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas-Favre), par E. WASSEN. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 31, 21 octobre 1933, pp. 493 495.

A partir d'une émulsion ganglionnaire, l'auteur a pu réaliser 12 passages successifs chez la souris blanche en constatant aussi l'augmentation de virulence amenant à plus de 50 o/o de mortalité avec 100 o/o de lésions cérébrales. Un antigène excellent pour la réaction de

Frei a pu être préparé avec une émulsion cérébrale. Une inoculation positive a été faite chez l'Homme, avec apparition de la réaction de Frei dès le 8e jour. A. Bocage.

Affinité tissulaire du Treponema pallidum, par C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 35, pp. 883-887, 2 fig.

Tous les tissus tréponémophiles, excepté le testicule, dérivent du feuillet externe de l'ectoderme. La plupart des systèmes tissulaires tréponémophobes proviennent soit du mésoderme, soit de l'ectoderme invaginé (système nerveux central). Le testicule, riche en éléments germinatifs, occupe une place à part. A. Bocage.

Inoculation dans la rate du singe du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre), par J. Levaditi fils et L. Reinié. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 35, pp. 887-889.

L'inoculation splénique infecte surtout les organes mésodermiques riches en tissu réticulo-endothélial ; le virus diffuse dans les ganglions lymphatiques, le foie, la moelle osseuse et même un peu dans le sang, mais respecte le névraxe, seuls la rate et le foie présentent des lésions histologiques. A. Bocage.

Histologie des réactions allergiques du derme à la tuberculine, par R. Laporte. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 36, 25 novembre 1933, pp. 991-994.

D'une étude faite d'heure en heure, l'auteur conclut que les premières cellules qui apparaissent sont des polynucléaires, puis dès la deuxième heure les monocytes prédominent. A. Bocage.

Contribution à l'étude des ganglions lymphatiques de lapins syphilitiques, par W. Nyka. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 36, 25 novembre 1933, pp. 994-997, 1 fig.

En étudiant des ganglions de lapins syphilitiques, organes dont on sait la grande virulence bien qu'ils ne contiennent pas de tréponèmes, l'auteur a constaté la présence d'éléments parasitaires intracellulaires, allongés, filamenteux, rectilignes ou courbés mais non spiralés, qu'il estime être une forme non spirochétienne du virus syphilitique.

A. Bocage.

Influence des sérums syphilitiques sur la réaction de Kottmann, par P. Simonin et S. R. Helluy. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 36, 14 novembre 1933, pp. 1025-1026.

Les sérums à réaction de Bordet-Wassermann positive tendent à se comporter comme des sérums de sujets myxœdémateux.

A. Bocage.

A propos de l'inoculation du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques, par P. Gastinel et R. Pulvénis. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXIV, n° 37, 2 décembre 1933, pp. 1077.

Comme dans les tissus nerveux ou surrénal, le virus syphilitique ne pullule pas dans les ganglions lymphatiques sous forme tréponémique et n'y provoque pas de lésions histologiques, bien que l'organisme tout entier puisse être infecté par cette voie comme le prouve l'apparition d'orchites dans un cas. A. Bocage.

A propos du traitement de différentes formes de tuberculose cutanée et des muqueuses par des pansements à la tuberculine, par St. Ostrowski. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 37, 16 octobre 1933, pp. 1123-1125.

Les réactions allergiques dans la tuberculose cutanée sont différentes et plus fortes que dans la tuberculose pulmonaire (l'épidermo-réaction étant plus souvent positive que l'intradermo-réaction dans la tuberculose cutanée).

L'auteur applique sur le foyer des compresses de tuberculine à 1/100.000e renouvelées ■ à 4 fois par jour. Quelques résultats intéressants dans des tuberculides (sarcoïdes, lupus pernio, lupus érythémateux).

A. Bocage.

Etude sur le comportement « in vitro » du spirochète syphilitique à l'égard de cellules normales, par W. Nyka. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 38, 9 décembre 1933, pp. 1148-1149.

Mélangeant sur lame un fragment de syphilome broyé avec une suspension de rate de souris et observant sur fond noir, l'auteur a vu les spirochètes pénétrer dans les cellules et y perdre leur forme spiralée pour prendre un aspect filamenteux. A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris)

Les accidents importants de la chrysothérapie et leur thérapeutique, par H. Mollard. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, 23e cahier, 10 décembre 1933, p. 854.

Excellente revue générale dans laquelle M. essaie une classification suivant l'ordre logique, propose une interprétation des accidents de la chrysothérapie, étudie les moyens prophylactiques et thérapeutiques à mettre en œuvre. H. Rabeau.

Le traitement ambulatoire des ulcères de jambe, par J. Rousset. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, 24e cahier, 25 décembre 1933.

R. a utilisé à l'Antiquaille la méthode de Bourgraf, avec d'excellents résultats. Le temps de cicatrisation est réduit au minimum (3 semaines à 2 mois), la période d'immobilisation est supprimée, on doit au contraire recommander la marche au malade. Il emploie comme matelas élastique du caoutchouc mousse, que l'on taille aux dimensions de la plaie, et que l'on fixe avec une bande élastique. On peut aussi se servir de pommades comme matelas élastique. Les pansements seront faits chaque trois jours, après désinfection de la plaie si nécessaire. Cette méthode

pourra être combinée à celles des injections sclérosantes. On n'oubliera pas que la maladie locale peut être sous la dépendance de causes générales que l'on traitera avec soin. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Les entérococcides des enfants du premier âge, par H. Montlaur, J. Montlaur et S. Vidal. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 49, 7 décembre 1933, p. 755.

Au 3e Congrès international de pédiatrie, les auteurs exposèrent les recherches qui les ont amenés à considérer les réactions cutanées du premier âge comme un phénomène de sensibilisation. L'épiderme de la région ano-génitale constamment souillé par le contact immédiat des selles se défend mal contre un entérocoque pathogène. Ce germe colonise et détermine une dermo-épidermite du siège. Telle est la première phase locale microbienne, foyer primitif, le point de départ. Puis surviennent en bordure ou à distance, des éléments de type érythémato-squameux sec, réaction de défense tégumentaire, entérococcides, phase générale toxinienne, réaction seconde de sensibilisation.

H. Rabeau.

Paris Médical.

Traitement du chancre mou et de ses complications au moyen du vaccin Dmelcos, par A. J. Relias. *Paris Médical*, 23e année, no 48, 2 décembre 1933, pp. 461-464.

Courte revue générale sur l'historique et les résultats de la vaccinothérapie dans le traitement de la chancrelle et de ses complications.

A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Le devenir des paralytiques généraux malarisés, expérience de neuf ans de malariathérapie, par H. Claude et P. Masquin. *La Presse Médicale*, 41e année, no 99, 13 décembre 1933, p. 2005.

Les auteurs apportent les résultats thérapeutiques de l'impaludation de 269 malades (sur 306) dont le sort a pu être connu depuis qu'ils ont quitté le service. Les modifications de l'état général, des signes liquidiens sont ici moins envisagés que les possibilités pragmatiques et sociales de ces malades. On lira les tableaux détaillés qu'ils en donnent. Les récupérations sociales sont de 41,2 o/o, avec 23,6 o/o de bonnes rémissions. Ils concluent que la malariathérapie ne doit pas être considérée comme un traitement d'exception, mais constitue la meilleure thérapeutique actuelle de la paralysie générale. Les cas les mieux influencés sont les plus récents et surtout les formes expansives de la paralysie générale. H. Rabeau.

Les formes généralisées et dissociées de la maladie de Recklinghausen (neuro-ectodermatose). Essai de synthèse des différents types de tumeur du système nerveux, par L. Cornil, P. Kissel, A. Beau et J. Alliez. *La Presse Médicale*, 41e année, no 102, 23 décembre, p. 2077.

Dans le cadre de la neuro-ectodermatose nous rencontrons suivant l'étage considéré les gliomes centraux, les gliomes périphériques des nerfs crâniens, des nerfs périphériques avec les gliomes viscéraux et cutanés, ces derniers avec ou sans taches pigmentaires surajoutés. Ces nombreuses tumeurs, dont l'association plus ou moins étendue forme la maladie de Recklinghausen généralisée et ses deux types dissociés, peuvent, au contraire, dans des cas particuliers, se rencontrer isolément, mais nettement associées à quelques autres manifestations dermatologiques discrètes mais indubitables. Elles établissent ainsi leur liaison avec la maladie de Recklinghausen typique. Dans le domaine pathogénique, les auteurs proposent d'admettre que ce processus d'ordre infectieux ou toxique de virulence assez atténuée provoquerait au cours de la vie intra-utérine des malformations de « système », à évolution excessivement lente et pouvant subir des poussées hyperplasiques plus ou moins tardives. Il n'existe ainsi vraisemblablement qu'une seule et même étiologie dysembryoplasique probable à la base des tumeurs du système nerveux.

H. Rabeau,

Réaction de floculation contrôlée par le système hémolytique pour le diagnostic de la syphilis, par Alex. Michailoff. *La Presse Médicale*, 41e année. no 101, 23 décembre 1933, p. 2084.

Cette méthode est basée sur le fait qu'il suffit de secouer pendant 2 minutes un antigène approprié avec le sérum à examiner, en présence du complément pour qu'il se forme des floculats et que se produise l'absorption du complément. L'antigène, du type Bordet-Ruelens, est rendu plus sensible en ajoutant une solution de mastic blanc. La réaction est applicable à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

H. Rabeau.

Progrès médical.

Le traitement externe des épidermomycoses, par P. Fernet et P. Boyer. *Le Progrès Médical*, no 49, 6 décembre 1933, p. 2088.

Revue générale des divers médicaments employés, avec leur mode d'utilisation, ces traitements nécessitant un certain doigté selon les régions à traiter. H. Rabeau.

Les méthodes de désensibilisation conjuguées, par A. Sézary et M. Perrault. *Le Progrès Médical*, no 49, 6 décembre 1933, p. 2128.

S. et P. montrent les avantages qu'il y a à associer les méthodes de désensibilisation : la désensibilisation conjuguée peut réussir là où la désensibilisation simple échoue. Ils préconisent de mettre en œuvre

simultanément, le même jour, deux méthodes analogues, mais différentes l'une de l'autre, soit par la nature de l'agent thérapeutique, soit par la voie d'introduction, soit par les deux caractères à la fois.

H. Rabeau.

L'arsénobenzène intramusculaire, par G. Milian. *Le Progrès Médical*, n° 49, 9 décembre 1933, p. 2151.

L'arsénomyl est un nouveau dérivé des arsénobenzènes, c'est donc un composé trivalent. Il se présente en solution aqueuse glucosée, s'injecte par voie intramusculaire à doses progressives; il est stable pendant au moins un an. Son activité est aussi remarquable que celle des arsénobenzènes, tant au point de vue clinique que sérologique.

H. Rabeau.

Revue neurologique (Paris).

Tabès de la région sacrée, par C. I. Urechia et E. Teposu. *Revue Neurologique*, 16e année, t. II, n° 5, novembre 1933, pp. 683-684.

Deux observations de vessies tabétiques typiques chez d'anciens syphilitiques ayant conservé leurs réflexes rotuliens et achilléens.

Arthropathie initiale ou prétabétique, par C. I. Urechia. *Revue Neurologique*, 40e année, t. II, n° 5, novembre 1933, pp. 684-685.

Observation d'un homme de 51 ans, ancien syphilitique présentant un signe d'Argyll-Robertson, des douleurs fulgurantes et des arthrites du genou avec décalcification, que l'auteur classe comme arthropathie prétabétique, mais il semble que cette interprétation puisse prêter à quelques discussions. A. Bocage.

Abolition de plusieurs réflexes tendineux et troubles pupillaires sans étiologie syphilitique, par B. Pommé et H. Cannel. *Revue Neurologique*, 40e année, 1933, t. II, n° 1, pp. 108-111.

Nouveau cas de l'affection décrite par Guillain et Sigwald, chez un Tunisien de 22 ans, sans antécédents ni stigmates ou modification sérologique attribuables à la syphilis. A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie (Paris).

Hémochromatose, par H. Annes Dias. *Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, t. IV, n° 10, octobre 1933, p. 726.

A. D. commente une observation d'hémochromatose. On trouve, au premier plan des symptômes, une mélanodermie associée à un léger ictère. A l'infiltration cutanée par la mélanine s'ajoute une sidérodermie en rapport avec la rubigine. La cirrhose hypertrophique, l'ascite, les troubles digestifs, l'asthénie complètent le tableau. Les examens biologiques révèlent une acidose grave, une hypocholestérolémie, une hypoglycémie, une légère augmentation du taux de l'urée sanguine, etc.

A aucun moment on n'a trouvé de glucose dans l'urine. Il manque donc un des éléments de la triade du diabète bronzé.

A. D. passe en revue les diverses hypothèses relatives à l'origine des pigments et à la nature de l'hémochromatose. J. Margarot.

Bruxelles Médical.

Le traitement bismuthé continu, par N. Yernaux. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 5, 3 décembre 1933, p. 158.

Connaissant la durée, et le rythme de résorption d'un composé bismuthique, il est possible d'instituer logiquement un traitement continu antisyphilitique d'une intensité calculée d'avance. Y. a obtenu des résultats cliniques très encourageants par cette méthode de traitement qui permet d'envisager la prévention de la syphilis. H. Rabeau.

Sur le mécanisme d'action des arsénobenzols, par M. Truffi. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 6, 10 décembre 1933, p. 193.

De toutes les explications qu'on a données du mode d'action des arsénobenzols dans la syphilis, aucune n'est pour T., qui les passe en revue, suffisamment démonstrative. Peut-être y a-t-il à la fois action directe sur le tréponème, et action indirecte à travers les modifications du terrain.

H. Rabeau.

Eruptions papuleuses, grippales récidivantes de la face, par O. Michaelis. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 7, 17 décembre 1933, p. 247.

Observation d'un homme de 45 ans, qui présente lorsqu'il est grippé des éruptions à grosses papules irrégulières localisées uniquement à la face. Ces papules s'améliorent et disparaissent chaque fois, le jour où il n'y a plus de symptômes respiratoires. H. Rabeau.

Diagnostic général et pathogénie des syphilis traumatiques, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 7, 17 décembre 1933, p. 236.

Courte revue montrant combien il peut être difficile d'établir nettement le caractère traumatique de la lésion syphilitique et d'écarter les lésions simulées. Au point de vue pathogénique B. estime qu'outre les phénomènes mécaniques et biologiques locaux il convient de tenir le plus large compte des états d'immunisation et de sensibilisation.

H. Rabeau.

La syphilis autrefois et aujourd'hui, par L. Spillmann. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 8, 24 décembre 1933, p. 261.

Dans cette conférence faite aux Journées médicales de Bruxelles de 1933, S. montre combien les caractères éruptifs de la syphilis se sont modifiés depuis les vingt dernières années. Il ne faut plus, dit-il, se borner à soigner des syphilitiques, il faut lutter contre la syphilis en la combattant à ses foyers d'origine, améliorer les méthodes de recherches, préciser les directives thérapeutiques, élargir l'enseignement de la syphiligraphie, orienter le rôle du service social. H. Rabeau.

Les érythrodermies dans leurs rapports avec la syphilis, par C. Dekeyser. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 8, 24 décembre 1933, p. 283.

Courte revue sur les érythrodermies et leur pathogénie encore mal élucidée. B. distingue entre les formes du 9e jour et les autres ; les premières sont bénignes et autorisent la continuation du traitement, les autres peuvent être un accident très grave de la thérapeutique de la syphilis.

H. Rabeau.

La pathologie de la syphilis primaire, par S. Solay. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 9, 31 décembre 1933, p. 303.

C'est seulement dix à quinze jours avant l'éclosion des symptômes secondaires que se produit la généralisation de la syphilis. Elle est conditionnée par le déversement dans la circulation d'une grande masse de tréponèmes provenant des voies lymphatiques. L'apparition de la positivité sérologique ne représente ni du point de vue pathologique, ni du point de vue thérapeutique une date importante de l'évolution primaire.

H. Rabeau.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

Otite et labyrinthite syphilitiques, par J. Lacerte. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, 34e année, n° 10, octobre 1933, pp. 316-319.

Chez une femme de 46 ans, otite insidieuse sans fièvre avec petit suintement séreux unilatéral, surdité importante, par labyrinthite, ébauche de paralysie faciale, traces de roséole encore visible, sérologie positive ; guérison dès la deuxième injection de bismuth. A. Bocage.

Un cas de xanthomes multiples, par L. Berber et L. Larue. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, 34e année, n° 11, novembre 1933, pp. 351-354.

Observation d'une malade présentant de nombreux xanthomes plan et en tumeurs avec hypercholestérinémie (3 gr. 60). A. Bocage.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Un cas de syphilis à évolution aiguë (Ein Fall von akut verlaufener Lues), par Harald Lotze et Paul Kimmstiel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 383.

Observation d'un cas de syphilis secondo-tertiaire à début ignoré chez un sujet âgé de 28 ans. Apparition d'ulcérations de la muqueuse buccale ; l'histologie montra un tissu de granulation. Sueurs profuses nocturnes un an avant l'apparition de ces ulcérations, accompagnées en dernier lieu d'adénopathie sous-maxillaire, de fatigue générale et de douleurs articulaires (épaules, bras, mains, genoux et pieds). La réac-

tion de Wassermann était négative. On envisagea la tuberculose, le granulome malin, une tumeur maligne ou la syphilis. Aux ulcérations buccales s'associa un œdème phlegmoneux et une angine nécrosante rappella le tableau clinique de l'agranulocytose. Apparition d'un œdème de la glotte, opération et mort. D'après les dires du père du malade, ce dernier avait eu un an et demi avant la maladie en cours un chancre syphilitique diagnostiqué par un spécialiste et à ce moment une réaction sérologique positive. Pas de traitement, ni d'accidents secondaires. L'autopsie montra des nodules de granulations dans les poumons, une pharyngite et amygdalite nécrosante avec phlegmon, de nombreuses ulcérations intestinales, une lymphadénite des ganglions mésentériques, paraaortiques et inguinaux ; une tumeur molle de la rate avec des foyers de nécrose, une gingivite hémorragique nécrotique et des hémorragies étendues de la peau de la face et des cuisses avec tendance à la nécrose. L'examen histologique montra la présence de gommes spécifiques, une nécrose ischémique et une périendophlébite. Pas de tréponèmes dans les lésions.

Les auteurs concluent que la nécrose du granulome syphilitique est non seulement d'origine anémique mais aussi d'origine toxique, elle peut atteindre une lésion jeune ainsi qu'un tissu conjonctif sclérosé.

Olga Eliascheff.

Le rôle des rayons de Rœntgen pour la dépigmentation (Ueber depigmentierende Wirkungen der Rœntgenstrahlen), par J. Borak. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 399, 4 fig.

Description de la dépigmentation par les rayons de Rœntgen des mélanomes, des nævi pigmentaires et de la peau hyper- et normalement pigmentée. La dépigmentation se fait dans les nodules sous-cutanés des mélanomes par une résorption interne, dans les autres cas par l'exfolation des couches tissulaires contenant du pigment. La dépigmentation n'est que temporaire, si les cellules qui élaborent le pigment ne présentent pas de trouble de leur fonction. On obtient une dépigmentation durable des mélanomes soit directement par une diminution de la fonction pigmentogène, soit en produisant des lésions vasculaires.

Olga Eliascheff.

Sur l'histopathologie des hématomes de l'ongle humain (Zur Histopathologie der Hæmatome des menschlichen Nagels), par J. Alkiewicz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1933, p. 411, 4 fig.

Descriptions clinique et principalement histologique des hématomes des ongles. Ils sont au début sous-unguéaux, mais se rencontrent ultérieurement en situation intra-unguéale ou dans le tissu collagène. Il existe à la suite de ces hématomes des modifications des cellules unguéales et il faut considérer ces modifications comme la conséquence des lésions traumatiques. Le sang extravasé devient complètement hémolysé et est

transformé en hématoïdine acrystallique grâce aux ferments protéolytiques libérés par la destruction des leucocytes.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'érythème palmo-plantaire symétrique et héréditaire (Ueber das Krankheitsbild des Erythema palmo-plantare symmetricum hereditarium), par LISAMARIA MEIROWSKY, Cologne. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 420, 2 fig.

L'érythème palmo-plantaire symétrique et héréditaire est caractérisé par un érythème symétrique des faces palmaires des mains laissant libre un triangle de teinte claire; la pulpe des doigts et la plante des pieds sont atteintes. Les lésions anatomiques consistent en une dilatation des capillaires du plexus sous-papillaire sans trace d'inflammation. Observation d'un cas personnel chez un homme de 38 ans; la mère et une sœur furent atteintes de la même maladie qui est familiale et est une génodermatose. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le comportement des lipoïdes dans l'inflammation de la peau (Ueber das Verhalten der Lipoide in der entzündeten Haut), par WILHELM MILBRADT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3. 1933, p. 429.

Recherches expérimentales sur les modifications de la teneur en cholestérine et en phosphatides de la peau après inflammation due à des agents chimiques ou physiques (actiniques). Les résultats obtenus ont été les suivants : l'inflammation cutanée produite par les rayons ultra-violets est en substance la même que celle produite par un agent chimique, il n'y a qu'une différence de degré. Les irritations faibles provoquent une augmentation des phosphatides et cette dernière substance manque ou les phosphatides diminuent même tandis que la cholestérine augmente. La teneur en eau augmente dans toutes les formes d'irritation cutanée; l'index lipocytique (phosphatides, cholestérine) est aussi augmenté. La durée des modifications pathologiques dépend de l'intensité de l'irritation et de la qualité de la peau du sujet. L'action de la lumière rouge est tout à fait différente malgré la ressemblance clinique des érythèmes. On constate ici aussi une augmentation de la teneur en eau et une diminution des lipoïdes, mais l'index lipocytique est diminué. L'auteur émet l'hypothèse qu'il se produit une augmentation de la perméabilité cellulaire parallèlement avec l'augmentation de l'index lipocytique, et le contraire avec sa diminution. Avec ce théorème cadre l'observation clinique d'une augmentation de l'irritation au début par les rayons ultra-violets et de la diminution de l'effet inflammatoire par les rayons infra-rouges, ainsi que l'observation de Schreiner et Belger sur la diminution de l'index lipocytique de la peau dans le psoriasis. OLGA ELIASCHEFF.

L'influence de la température et de l'oxygène sur la localisation des infections. Recherches sur les hyphomycètes. Recherches avec le photomètre de Pulfrich sur les levures. Modification du Photomètre de Pulfrich (Der Einfluss von Temperatur und Sauerstoff auf die Lokalisation der Infektionen. Wägende Untersuchungen an Fadenpilzen. Untersuchungen mit dem Pulfrich-Photomoter an Hefen. Modifikation des Pulfrich-Photometers), par E. Kadisch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, cah. 3, 1933, p. 438, 11 fig.

Travail expérimental sur l'influence de la température et de l'oxygène sur la localisation des infections dans les dermatoses. Les expériences démontrent que la basse température de la peau est une des causes de la dermatotropie des dermatomycoses. On peut aussi rapporter les observations faites sur les hyphomycètes aux lésions dues aux levures et spécialement au muguet. On peut constater, malgré quelques exceptions, que l'agent pathogène choisit l'endroit du corps dont la température lui est le plus favorable. De la même façon agit l'oxygène de l'air ; ces deux facteurs physiques sont plus importants que les facteurs immunobiologiques et autres. Il semble peu probables que les mycoses dues aux hyphomycètes ou aux levures soient pathogènes pour les organes internes vu la dépendance où sont ces champignons d'une certaine température ; et ils ont un tel besoin d'oxygène qu'ils ne peuvent pas se développer sans l'apport de l'air extérieur. Si l'on rencontre parfois le contraire c'est que l'agent pathogène trouve la quantité d'oxygène nécessaire et une température convenable par adaptation ou par mutation. Une différence de trois degrés au-dessus de la température optima peut déjà diminuer la croissance des champignons et cette température se trouve au-dessous de 37°. L'auteur apporte aussi des détails sur les résultats de ses recherches expérimentales et sur la technique à utiliser avec le photomètre de Pulfrich (Zeiss) pour la mensuration du volume des champignons. Olga Eliascheff.

La tendance à l'érythème et le métabolisme des minéraux (Erythembereitschaft und Mineralhaushalt), par Gustav Papeke. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p.476.

Recherches sur la tendance à l'érythème cutané et sur son traitement. L'auteur conclut que l'on peut obtenir une diminution nette de la tendance à l'érythème par l'absorption *per os* de calcium, de potassium et de magnésium (Kationorm) à condition que le traitement soit sérieusement suivi. Olga Eliascheff.

Sur quelques épreuves de la fonction hépatique en dermatologie (Ueber einige Leberfunktionprüfungen in der Dermatologie), par Hans Dœllken. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 495.

L'auteur apporte les résultats obtenus dans ses recherches sur la fonction hépatique. Il rejette les épreuves au bleu de méthylène, à la galactose et à la surcharge par l'eau-insuline-glycose. La méthode de surcharge par l'eau et la gélatine est considérée comme la « méthode

spécifique pour le foie ». Il est possible de reconnaître par cette méthode des troubles hépatiques dans certains groupes de maladies et de les différencier des groupes dans lesquels le foie n'est pas atteint. Cette épreuve semble être d'une grande importance dans les eczémas et dans les dermites, car elle paraît indiquer des troubles du métabolisme des albumines. L'auteur continue ses recherches dans ce sens, ainsi que sur les lésions du foie aux différents stades de la syphilis.

Olga Eliascheff.

Sur la poïkilodermatomyosite et sa place dans la systèmatique des maladies cutanées (Ueber Poikilodermatomyosites und ihre Stellung im System der Hautkrankheiten), par Herbert Fuhs. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 505, 6 fig.

Observations de deux cas de poïkilodermatomyosite chez deux femmes l'une âgée de 30 ans et l'autre de 17 ans avec examens histologiques de ces cas. On constata chez ces malades des érythèmes, les télangiectasies, des hémorragies, une dé- et hyperpigmentation et une atrophie, le tout ressemblant à une radiodermite. Il existait, à côté de ces lésions, une atrophie très prononcée des muscles et une diminution des mouvements des articulations. Discussion sur l'étiologie de cette maladie. L'auteur ne rejette pas l'opinion de Gougerot et Vigne qui pensent à une unité étiologique et pathologique de la poïkilomyosite et de la sclérodermie.

Olga Eliascheff.

Le Rhodanate de potassium : nouvelle préparation pour le traitement de l'épithéliome cutané (Rhodankalium, ein neues Mittel zur Behandlung des Hautkrebses), par A. Tarabuchin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 519.

L'auteur recommande le rhodanate de potassium dans le traitement des épithéliomas cutanés et dans les tumeurs cutanées bénignes comme par exemple dans les verrues vulgaires et dans le bouton d'Orient. On obtient une destruction complète des tissus malades.

Olga Eliascheff.

Périartérites noueuses multiples, nécrosantes de la peau combinées avec l'acanthosis nigricans (Multiple nekrotisierende Periarteriitis nodosa der Haut in Gemeinschaft mit Acanthosis nigricans), par J. Alkiewicz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 522, 5 fig.

Observation et examen histologique d'un nouveau cas de périartérite noueuse se présentant sous forme de nécroses et d'hémorragies étendues exclusivement des muqueuses et de la peau. Le tableau clinique indiquait la nature septique de la maladie, il existait une forte leucopénie et une déviation à gauche de la formule leucocytaire. On observa en même temps le développement d'un acanthosis nigricans et histologiquement des lésions dans le tissu graisseux de l'hypoderme qui contenait un très grand nombre de cellules géantes, que l'on doit considérer comme des

histiocytes. Ces lésions sont en faveur de l'opinion de Wassermann et Straszynski qui considèrent les îlots graisseux de l'hypoderme comme un organe du système réticulo-endothélial.

OLGA ELIASCHEFF.

Trois cas d'hydroa vacciniforme avec troubles hypophysaires (Drei Fälle von Hydroa vacciniforme mit Erseheinungen seitens der Hypophyse), par M. W. BORZOW. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 534.

L'auteur a observé trois cas d'hydroa vacciniforme dans deux familles ; ces lésions étaient héréditaires (hérédité dominante et régressive). Dans le premier cas il existait une syndactylie à côté de l'hydroa vacciniforme. La maladie se présentait dans les trois cas sous forme de taches blanches du volume d'une tête d'épingle, et laissant une cicatrice atrophique. L'histologie montrait une inflammation subaiguë, des lésions vasculaires et la présence de vésicules non constatées cliniquement. Dans un cas on trouva de l'hématoporphyrine dans les urines, dans les deux autres l'hématoporphyrinogène.

Les essais de transmission de l'hypersensibilité vis-à-vis de la lumière furent négatifs, ainsi que les irradiations de la peau normale par les rayons de Rœntgen, par la lumière bleue et rouge de la lampe Sollux. Dans un cas, apparition d'éléments typiques d'hydroa vacciniforme après irradiations répétées par la lampe de quartz.

La radiographie de l'hypophyse révéla dans deux cas des lésions pathologiques et les épreuves fonctionnelles montrèrent dans un cas une hypofonction et dans deux cas des troubles de la fonction hypophysaire. L'intensité des lésions anatomiques et des troubles de l'hypophyse furent parallèles à l'âge des malades et à la durée des lésions cutanées.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la trichophytose (Contribution à l'étude de la trichophytie chronique de l'adulte) (Ueber Trichophytose Beitrag zur Kenntnis der chronischen Trichophytie der Erwachsenen), par O. N. PODWYSSOTZKAJA et S. K. ROSENTHAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 572, 4 fig.

Les auteurs donnent une description clinique et histologique de la forme érythémato-squameuse de la trichophytie chronique observée sur 60 sujets à Léningrad et Minsk. Ils la considèrent comme une entité morbide nosologiquement indépendante. Elle est caractérisée par sa localisation aux genoux, aux jambes, aux mains, parfois aux pieds et aux fesses, par sa combinaison avec des lésions unguéales, la présence d'acrocyanose et la tendance aux engelures ; elle se rencontre presque exclusivement chez la femme et le cuir chevelu est très souvent atteint. Elle débute dans la jeunesse.

L'agent pathogène était dans la majorité des cas le trichophyton *violaceum*, de temps à autre les trichophytons cratériforme et *gypseum*. L'histologie montra des lésions importantes du follicule pileux et de son

voisinage et une pénétration profonde des champignons dans les follicules modifiés. La prédisposition des sujets semble jouer un rôle dans la pathogénie de cette mycose (sexe féminin, engelures, lésions folliculaires). Le traitement est peu actif. OLGA ELIASCHEFF.

Carcinome sur une leucémide (Carcinombildung auf einem Leukæmid), par ANNELISE SCHEUFFLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 586, 3 fig.

L'auteur a observé, chez un sujet atteint d'une lymphadénose (leucémie) chronique, des lésions cutanées qu'il faut classer d'après leur aspect clinique et leur structure histologique dans les tumeurs et infiltrats leucémiques typiques. La plupart de ces tumeurs rétrocédèrent rapidement par le traitement arsenical et les rayons de Rœntgen, toutefois un infiltrat diffus leucémique des deux mains résista à tous les traitements.

A la suite d'une petite blessure se forma, sur une des mains, sur un infiltrat leucémique, resté sans modifications pendant de longues années, un épithélioma spinocellulaire à globes cornés. L'auteur considère cette tumeur comme une complication inconnue dans la leucémie lymphatique (L'épithélioma n'est-il pas plutôt dû au traumatisme ? N. d. T.).

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches expérimentales sur Coccidioides immitis (Experimentelle Untersuchungen über Coccidioides immitis), par S. TAKAHASHI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVIII, cah. 3, 1933, p. 597, 6 fig.

Recherches expérimentales sur le traitement de la *Coccidioïdes immitis* par l'iodure de potassium et sur son aspect sur les différents milieux. L'auteur conclut qu'il n'a pas pu obtenir de guérison par l'iodure de potassium. L'agent pathogène affecte de préférence le foie, le pancreas, le testicule, les ganglions lymphatiques, les poumons et la rate (dans la coccidioïdiose expérimentale). La coloration au bleu de méthylène-fuchsine phéniquée modifiée par l'auteur est excellente pour la recherche de ce champignon dans les tissus (solution de fuchsine phéniquée à 0,3 o/o, colorer 24 heures ; alcool absolu très court; colorer au bleu de méthylène. Champignons rouges, tissu bleu).

Le parasite forme sur des milieux artificiels des chlamydospores sous forme de cellules rondes à parois épaisses qui ressemblent dans l'organisme aux champignons. L'auteur a observé la formation de mycéliums des endospores. Il existe parmi les champignons ronds et à contours doubles, dans l'organisme de l'animal, trois espèces différentes : chlamydospores, asques et endospores. Toutes ces trois espèces se rencontrent dans les foyers au début de la maladie, plus tard on ne trouve que des endospores. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du mycosis fongoïde (Zur Kenntnis der Mycosis fungoïdes), par H. HAELTKEMEIER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 13, 3 fig.

Description d'un cas de mycosis fongoïde classique d'une durée totale

de 16 mois; les tumeurs et les infiltrats précédèrent un exanthème et une érythrodermie généralisée mycosique. *Pas de démangeaisons pendant les premiers huit mois* de la maladie. Apparition du prurit en même temps que de l'érythrodermie. Histologiquement présence dans la rate, le foie, le cœur et dans les parotides d'un infiltrat diffus mycosique, non visible macroscopiquement. Les lésions spécifiques des organes furent dues à une affinité spéciale du tissu conjonctif (pas de métastases par voie sanguine). L'infiltrat mycosique détruit surtout les vaisseaux, mais cette constatation ne permet pas de conclure à une malignité spéciale du mycosis fongoïde dans le sens de tumeur maligne.

Olga Elaischeff.

Sur les troubles endocrino-végétatifs dans la thromboangéite oblitérante de Buerger (Ueber endokrin-vegetative Stœrungen bei der Buergerschen Thrombangiitis obliterans), par H. Nusselt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 29, 6 fig.

Observations de trois cas typiques de maladie de Buerger et recherches sur les troubles endocrino-végétatifs dans cette maladie. Le métabolisme basal était dans ces cas très augmenté, ainsi que la sensibilité vis-à-vis de l'adrénaline ; les résultats parlent donc en faveur d'une sympathico-hypertonie et d'une hyperthyroïdie et il est possible que la thyroïde en augmentant indirectement la production de l'adrénaline puisse provoquer la maladie de Buerger s'il s'ajoute encore une infection, hypothèse admise par Marcus et Schmidt-Weyland.

Olga Eliascheff

Cancer et épidermoïde (Krebs und Epidermoid), par Ludwiz Puhr. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 40, 3 fig.

L'auteur apporte des observations de tumeurs développées dans des kystes épidermoïdes et dermoïdes. La prolifération épithéliale se fait soit en dehors soit en dedans, ce dernier mode est le plus fréquent. Il se forme tantôt des épithéliomes spinocellulaires, tantôt et plus fréquemment des basocellulaires typiques, rarement avec des ébauches de structure adénoïde ou cylindromateuse. Une masse de tissu de granulation se mêle à l'intérieur du kyste avec son contenu et ce tissu de granulation produit la résorption du sebum. La prolifération épithéliale semble être déclenchée par l'irritation chimique du contenu du kyste.

Olga Eliascheff.

Lymphogranulomatose (Paltauf-Sternberg) avec lésions cutanées et amygdaliennes (Lymphogranulomatosis (Paltauf-Sternberg) mit Erscheinungen au Haut und Tonsille), par Wilhelm Richter. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 50, 5 fig.

Bibliographie de la lymphogranulomatose maligne et des lésions cutanées dans cette maladie. Observation d'un cas personnel dans lequel on constata un processus ulcéreux de l'amygdale gauche et une fièvre intermittente. A côté de cette lésion existait une adénopathie très marquée dans la région sous-maxillaire dans la fosse de Mohrenheim et dans les

plis inguinaux ; au voisinage des plis inguinaux on notait des tumeurs disposées presque symétriquement en amas avec nécrose centrale. Tout le processus morbide se localisa dans le système lymphatique. L'auteur considère les lésions cutanées comme une réaction allergique.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas d'épithélioma baso-cellulaire sur une verrue sénile (Ueber einen Fall von Basalzellenepitheliom auf Verruca senilis), par HERMANN PINKUS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 58, 3 fig.

Observation d'un cas d'épithéliome baso-cellulaire sur une verrue sénile chez une femme âgée de 74 ans. Les verrues séniles disséminées en grande quantité sur la face depuis 10 ans ne montrèrent pas de transformation maligne pendant toutes ces années (la malade fut longtemps en observation à la clinique de Breslau). L'auteur considère cette transformation maligne d'une verrue sénile comme une grande rareté et ne range pas la verrue sénile dans les dermatoses précancéreuses.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la teneur en sucre et en glutathion du sang et de la peau dans les dermites dues aux rayons ultra-violets et à l'huile de croton, contribution à l'étude du métabolisme d'origine périphérique (Ueber den Zucker- und Glutathiongehalt von Blut und Haut bei Hœhensonnen-und Crotonœl-dermatitis ein Beitrag zur Frage peripherisch beedingter Stoffwechsel-vorgænge), par C. MONCORPS, R. M. BOHNSTEDT et R. SCHMID. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 67, 3 fig.

Expériences sur l'influence des dermites artificielles en nappes quant au taux du sucre et du glutathion dans le sang et dans la peau. Il existe dans l'inflammation artificielle chez l'homme et chez l'animal des variations de la teneur en sucre et en glutathion (augmentation ou diminution des valeurs) qui dépendent de l'intensité de l'inflammation et de l'intervalle entre le début de la dermite artificielle et le moment de l'examen clinique.

Les auteurs concluent que l'on est tenté de considérer des lésions inflammatoires étendues de la peau chez des sujets présentant des troubles pathologiques par surcharge en sucre (dans le sang et la peau) comme d'origine périphérique, et comme sans valeur pathognomonique spéciale Au contraire, les lésions inflammatoires circonscrites chez des sujets avec troubles glycémiques parlent en faveur d'une anomalie primaire du métabolisme basal. Cette différenciation est d'une grande importance pour le pronostic. Les mêmes conclusions sont applicables au glutathion.

OLGA ELIASCHEFF.

Etudes sur les nodules des trayeurs. Ire communication (Studien ueber chelkerknoten. I Mitteilung), par M. KAISER et Maria GHERARDINI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 77, 1 fig.

Observations de 4 cas de nodules des trayeurs avec examens histologiques. Les auteurs constatèrent des corpuscules inclus dans les noyaux

et le protoplasma des cellules épineuses de l'épiderme et dans le tissu dermique, corpuscules de formes variables : ronds, allongés, triangulaires plus ou moins grands se colorant en rouge vif par le « bleu-eau Phloxin ».

Les auteurs n'ont pas trouvé dans leurs cas les stronguloplasmes décrits par Lipschutz dans les nodules. OLGA ELIASCHEFF.

Nouvelles recherches sur l'état de la circulation dans les varices et ses rapports avec l'ulcère et l'eczéma des jambes (Weitere Untersuchungen ueber die Kreislaufverhältnisse bei Varicen und ihren Zusammenhang mit Ulcus und Eczema cruris), par H. HAXTHAUSEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 88, 5 fig.

Expériences sur la formation « d'œdèmes par filtration » aux jambes après la marche chez des sujets sains et atteints de varices ; l'auteur conclut qu'il se forme chez les sujets sains après trois heures de marche des œdèmes insignifiants qui se résorbent trois heures après le repos au lit. Au contraire, l'œdème est chez les porteurs de varices très prononcé et il ne se résorbe que très lentement, souvent seulement après 24 heures (les malades étant placés dans les mêmes conditions). Ces œdèmes « par filtration » sont le plus prononcés quand les varices sont accompagnées d'ulcères et d'eczématisation. Il existe, d'après l'auteur, une relation étiologique très étroite entre les œdèmes par filtration et les complications cutanées chez les variqueux. L'opinion que les varices soient en rapport avec des troubles circulatoires de la peau n'est pas admise par l'auteur.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur quelques maladies des ongles chez l'homme, produites par des champignons inférieurs (Ueber einige durch niedere Pilze verursachten Nagelerkrankungen beim chenschen), par Et. WOLFRAM et F. ZACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 95, 5 fig.

Les auteurs apportent les observations et la description mycologique détaillée de trois cas de lésions unguéales dues à des champignons inférieurs. Ils ont réussi à cultiver en partant des lésions unguéales, des champignons du groupe « Blastodendrion ». On n'a pas encore décrit d'onychomycoses produites par ce champignon.

OLGA ELIASCHEFF.

Formations ressemblant aux corpuscules du tact dans un nævus cellulaire du cuir chevelu. Contribution à l'étude du Neuronævus, du neurinome, du psammome, de la pachydermie verticellée, de la pseudo-pachydermie et de la maladie de Recklinghausen (Fastkörperartige Bildungen in einem zelligen Nævus der behaarten Kopfhaut. Zur Kenntnis des Neuronævus, des Neurimoms, des Psammoms, der Cutis und Pseudo-Cutis verticis gyrata und der Recklinghausenschen Krankheit), par Paul JORDAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 105, 9 fig.

Examens histologiques (et observation d'un cas personnel) de nævi du cuir chevelu. Dans un des nævi l'auteur constata l'existence de corpuscules du tact et il considère ce nævus comme un « neuro-nævus » dans le sens de Masson. On trouve parmi les nævi du cuir chevelu un groupe

qui est analogue au nævus formant « un maillot de bain » non seulement par la localisation, mais aussi par sa relation avec la maladie de Recklinghausen.

Toutes les tumeurs du cuir chevelu, les tumeurs leucémiques exceptées, qui se présentent sous l'aspect de la pachydermie vorticellée sont en rapport avec la gaine des nerfs. L'auteur propose la dénomination pachydermie vorticellée pour la formation de plis de la peau normale et celle de pseudo-pachydermie vorticellée pour la formation de plis dont la peau présente des lésions histopathologiques accentuées.

On rencontre chez les porteurs de nævi de la tête ainsi que de nævi multiples un élargissement de la selle turcique sans lésions de l'hypophyse, comme dans la maladie de Recklinghausen.

OLGA ELIASCHEFF.

La réaction cutanée à l'adrénaline et les soi-disant maladies « hyperadrénalinémiques » (Die cutane Adrenalinreaktion und die sogenannten hyperadrenalinæmischen Krankheiten), par Josef SELLEI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 127.

Recherches expérimentales : 1° sur la sensibilité de la peau vis-à-vis de l'adrénaline dans des conditions normales et pathologiques ; 2° sur l'affinité de l'organisme à l'état normal et pathologique pour l'adrénaline introduite; 3° sur le rôle de la peau dans la réaction à l'adrénaline. L'auteur a utilisé pour ses recherches l'adrénaline diluée dans une solution à 2 o/o de citrate de soude. Ses conclusions sont les suivantes : la peau humaine est très sensible à l'adrénaline, elle réagit à des solutions de 1 : 5 milliards; si la solution est introduite par ionisation dans la peau, il se forme une tache blanche typique. L'adrénaline A introduite dans l'organisme par ionisation (adrénaline employée : « Tonagen Richter ») excite les surrénales à l'élimination de substances A (c'est-à-dire substances analogues à l'adrénaline) soit directement, soit par l'influence nerveuse ou par la formation d'une nouvelle substance; ainsi l'adrénaline est mobilisée pour un certain temps dans l'organisme et son augmentation peut être contrôlée par des réactions cutanées.

On peut modifier la réaction cutanée avec une certaine quantité d'adrénaline : si on injecte une quantité déterminée de morphine (solution de 1 : 100.000) la réaction est ou plus faible ou négative. Il est probable que la peau garde en puissance l'influence de l'adrénaline aspirée.

Il était depuis longtemps admis que quelques formes des « angiotrophonévroses » de Cassirer sont dues à une substance qui produit une constriction vasculaire et principalement à l'adrénaline. Dans ce groupe rentrent maintenant les « spasmes vaculaires » de Pāl, « l'hypertonie essentielle », etc.

Dans les maladies « hyperadrénalinémiques » joue un rôle non seulement la détermination quantitative de l'adrénaline, mais aussi la quantité des substances adrénaliques versées dans le sang. On a constaté l'augmentation de l'adrénaline dans l'hypertonie, dans la maladie de Raynaud,

dans l'acrocyanose avec hyperthyroïdie, ainsi que dans quelques maladies cutanées, constatations de valeur pour le traitement des dermatoses. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas fruste de sclérodermie et de goutte calcaire (Syndrome de Thibierge-Weissenbach) (Ein rudimentairer Fall von Sklerodermie und Kalkgicht (Syndrom von Thibierge-Weissenbach), par Karl STEINER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 1, 1933, p. 142, 3 fig.

Description d'un cas de sclérodermie presque asymptomatique et de goutte calcaire d'une durée de 21 ans chez une femme âgée de 56 ans. Le diagnostic fut assuré par les examens histologique, chimique et radiologique. Le diagnostic clinique avait été difficile à cause de l'insuffisance de symptômes. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur un cas d'actinomycose cutanée superficielle dyshidrosiforme des paumes et des plantes (Ueber einen Fall von dyshidrosiformer, oberflächlicher Hautaktinomycose der Handteller und Fussohlen), par SING-TING-HUANG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 48, 2 décembre 1933, p. 1679, 2 fig.

Chez une jeune Japonaise de 32 ans, lésions dyshidrosiques des paumes et des plantes où la culture révèle un actinomyces aérobie, dont les caractères sont précisés par le microscope et l'inoculation à l'animal. Ce parasite est voisin de *A. bovis* Harg et *A. keratolyticus* Acton et Mc Guise, mais il s'en différencie aisément néanmoins. Les actinomycoses strictement cutanées ne sont pas inconnues dans les pays tropicaux, mais c'est la première fois qu'on signale une forme aussi superficielle.
L. CHATELLIER.

Remarques sur le psoriasis considéré comme état allergique (Bemerkungen über Psoriasis als Allergiezustand), par M. MIENICKI et Cz. RYLL-NARDZEWSKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 48, 2 décembre 1933, p. 1685.

Les auteurs rappellent que leurs travaux antérieurs les avaient conduits à considérer le psoriasis comme un état allergique, dont l'allergène pouvait être variable. Ils ont obtenu de bons résultats par les injections de Dmelcos. Les malades traités ainsi ne présentaient plus les réactions locales ou hématologiques qui militent en faveur de la nature allergique du psoriasis. Cette opinion est du reste partagée et soutenue par de nombreux auteurs. M. et R. ont constaté, avec d'autres, les réactions variables qu'un psoriasis oppose aux mêmes antigènes, sans pouvoir en déterminer la raison. Des recherches sont encore nécessaires qui vérifieront, pensent-ils, le bien-fondé de leur conception.
L. CHATELLIER.

Myxœdème circonscrit, tubéreux, plan et symétrique des cuisses dans un cas de maladie de Basedow (Myxœdema circumscriptum tuberosum planum symmetricum crurum bei Morbus Basedow), par J. Zoon. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 48, 2 décembre 1933, p. 1694, 3 fig.

La coexistence d'une maladie de Basedow et d'un myxœdème circonscrit a été déjà plusieurs fois signalée. L'observation de Z. en est un exemple typique, avec dégénérescence du tissu élastique et mucine dans le tissu conjonctif. La mucine provient-elle des cellules conjonctives ou d'une infiltration du tissu ? La question, diversement résolue, demeure néanmoins toujours posée. L. Chatellier.

Sarcome surlupique (Lupussarkome), par Schoch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 49, 9 décembre 1934, p. 1723, 2 fig.

S. complète l'histoire d'un malade, dont l'observation a paru dans la même Revue (1927, t. LXXXV, n° 51, p. 1736) : sur un vaste lupus de la joue et du cou, se développe une tumeur que l'histologie révèle être un sarcome à cellules polymorphes. Traitement par l'or, la pyotropine, le syntharsan, le mésothorium et la finsenthérapie : guérison. Au bout de quelques mois reparaissent sur la cicatrice des ulcérations : la biopsie montre qu'il s'agit cette fois d'un épithélioma spino-cellulaire, qui emporte le malade, malgré tous les traitements ; pas trace de sarcome !

A cette observation est ajouté un nouveau cas de sarcome surlupique. Des 14 cas trouvés dans la littérature, il ressort que le sarcome se développe presque toujours sur des lupus traités par les rayons X, le radium ou le mésothorium ; la seule exception à cette règle est fournie par l'observation I, où, avant le sarcome, le malade n'avait subi aucune sorte de radiations. L. Chatellier.

Maladies consécutives aux modifications dans la production des ferments (Maladies par ferments et thérapeutique par ferments), par J. Sellei. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 48, 9 décembre 1934, p. 1725.

L'action des glandes à sécrétion externe a un rôle important dans le métabolisme général. Quand la production des ferments, sécrétés par certaines glandes, est modifiée, déficiente, insuffisante ou nulle, il en résulte des lésions des autres systèmes, le tissu hématopoïétique, la peau, et d'autres organes encore. Ce sont des maladies par carence de ferments. L'emploi thérapeutique des ferments déficients peut améliorer ou guérir certaines affections dues à cette carence. Ainsi l'on sait les rapports qui existent entre les achylies gastriques ou pancréatiques et l'anémie, l'hémosidérose, l'hémochromatose ; d'où les bons effets des préparations d'estomac et de foie dans les anémies. De même ordre, l'efficacité des extraits pancréatiques dans le sclérème des adultes, dans la sclérodermie vraie ; des ferments duodénaux et pancréatiques dans l'atrophie cutanée idiopathique, etc. L. Chatellier.

Tylosite symétrique du pouce et de l'index (Tylositas symmetrica pollicis et indicis), par H. Stanka. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 49, 9 décembre 1934, p. 1730, 1 fig.

Chez un dément, fumeur acharné de cigarettes, existe, à l'extrémité des deux pouces et des deux index, une hyperkératose provoquée par des brûlures répétées des cigarettes fumées jusqu'à leur extrême bout et tenues entre pouce et index. L. Chatellier.

Contribution à la connaissance de la sclérodactylie (Beitrag zur Kenntnis der Sklerodaktylie), par S. Sirota. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 49, 9 décembre 1933, p. 1731, 3 fig.

A propos d'une observation classique de sclérodactylie rebelle, S. passe en revue les différentes hypothèses pathogéniques qui ont été proposées, pour en souligner d'ailleurs l'insuffisance. Tous les essais thérapeutiques (opothérapie, ultra-violets, sympathectomie péri-artérielle) sont restés sans résultats chez cette malade.

L. Chatellier.

Lichen plan comme effet isomorphe d'excitation après un traitement par l'or (Lichen ruber planus als isomorpher Reizeffekt nach Goldbehandlung), par R. Lewith. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 50, 16 décembre 1933, p. 1751.

Chez un malade, atteint de rhumatisme déformant, un traitement par le solganal A et B déchaîne une dermite eczématiforme que suit une éruption de lichen plan, considérée comme un effet isomorphe, non spécifique, survenant sur une disposition latente.

L. Chatellier.

Sur le traitement de la lymphogranulomatose inguinale (Zur Therapie des Lymphogranuloma inguinale), par F. Kalz et F. Sagher. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 50, 16 décembre 1933, p. 1754.

Dans ces dernières années, les auteurs ont traité de diverses façons 30 cas de lymphogranulomatose inguinale. Les meilleurs résultats ont été obtenus par les injections de sérum de convalescents de lymphogranulomatose inguinale : sur 15 malades, 11 guérisons; durée moyenne du traitement : 6 semaines.

Par la radiothérapie, le néostibosan ou le solganal, 4 guérisons sur 7 malades ; durée moyenne du traitement : 16 semaines et demie, 1 malade n'a pas guéri, 2 ont été seulement améliorés. Par le traitement chirurgical, 2 guérisons sur 2 malades traités, en 8 semaines et demie.

L. Chatellier.

Contribution au traitement de l'épididymite gonococcique (Beitrag zur Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung), par T. Katz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 50, 16 décembre 1933, p. 1762.

On sait que le calcium a une action calmante. Le chlorure de calcium, très efficace, est d'un emploi très délicat ; tandis que le gluconate, associé

au thiosulfate de calcium se manie aisément et sans réactions générales. Par ce procédé, il y a sédation immédiate de la douleur, résolution rapide du foyer inflammatoire et amélioration de l'état général. Cette action rapide est due à l'accumulation de l'ion Ca dans le foyer épididymaire, qui est, en règle, riche au contraire en K. De plus, le calcium exerce une influence sur la virulence et le nombre des germes ; il y a intérêt à joindre à ce traitement la thérapeutique locale.

L. Chatellier.

Contribution aux recherches cliniques et à l'histologie pathologique des glandes endocrines dans la sclérodermie (Beiträge zu den klinischen Untersuchungen und zur pathologischen Histologie der endokrinen Drüsen bei Sclerodermie), par J. Follmann et B. Ballo. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 51, 23 décembre 1933, p. 1779.

La première observation concerne une femme de 42 ans, avec réaction de Wassermann positive, chez qui se développe une sclérodermie grave. L'étude de son système endocrino-sympathique montre qu'il y a hypofonctionnement thyroïdien et diminution de l'excitabilité sympathique. Le traitement spécifique et l'opothérapie pluriglandulaire apportent une amélioration temporaire aux lésions cutanées ; puis apparaissent la gangrène d'un orteil et des ulcères de décubitus. La mort survient au bout de 4 mois et demi en pleine cachexie. Au microscope, lésions d'hypoplasie thyroïdienne, adénome surrénal droit et surcharge graisseuse parcellaire, aplasie et dégénérescence, kyste des ovaires, néphrite parenchymateuse.

La deuxième malade est une jeune fille de 20 ans, chez qui les diverses épreuves endocriniennes sont normales ; une biopsie cutanée montre les lésions habituelles à des stades variés, allant jusqu'à l'atrophie.

A propos de ces deux cas, les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic étiologique. Il est certain que le système endocrinien intervient, mais l'opothérapie et les traitements locaux n'ont de chances de réussir que s'ils sont mis en œuvre avant les dégénérescences définitives et incurables.

L. Chatellier.

Réaction d'opacification quantitative comme mesure d'efficacité du traitement de la syphilis (Quantitative Trübungsreaktionen als Wertmesser der Therapie der Syphilis), par C. Stern. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 51, 23 décembre 1933, p. 1788.

S. emploie la réaction au citochol. Il importe que les sérums soient dépouillés de toute trace de sang. Quand il en existe, ne lire que 30 minutes au moins après l'addition d'eau salée.

On peut recourir à deux techniques : 1° L'une où l'on augmente progressivement les doses d'antigène (2, 4, 6, 8, 10, 12 gouttes) en présence de 0 cc. 2 de sérum frais ; 2° L'autre, où c'est le sérum qui varie (1, 2, 3, 4, 5, 6 gouttes) et 0 cc. 1 d'antigène. Celui-ci se prépare comme suit : 1 partie d'antigène + 2 parties de sérum salé à 0,9 0/0 mélangées brutalement ; le mélange est bien agité, puis laissé au repos 10 minutes.

On laisse les tubes de réaction à la température normale pendant 30 minutes. Enfin on ajoute 1 centimètre cube de sérum salé quand on utilise le premier procédé ; on complète à 1 dans le deuxième. Lecture devant une lampe électrique bleue. Avec les sérums positifs, on ne distingue plus le filament.

Cette réaction permet de suivre l'efficacité du traitement en cours, ou terminé. L. Chatellier.

L'hépatothérapie du psoriasis (Die Lebertherapie der Psoriasis), par T. Grüneberg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 51, 23 décembre 1933, p. 1793, 1 fig.

L'hépatothérapie atténue les tendances aux récidives ; elle exerce aussi son action sur l'éruption constituée. Les meilleurs résultats s'obtiennent quand on fait agir sans excès la lumière. Dans tous les cas, ce traitement réduit la durée du traitement local. Le mécanisme d'action du foie est complexe et encore obscur. Il est probable qu'on augmente ainsi la teneur en soufre et glutathion de la peau ; d'où le succès thérapeutique.

L. Chatellier.

Formule leucocytaire à divers stades du psoriasis dans l'Est (Leukozytenformel und vergleichende Daten bei Psoriasis in Esti (Estland)), par A. Paldrock et A. Pooman. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 52, 30 décembre 1933, p. 1807, 2 fig.

A la clinique dermatologique de Dorpat, les auteurs ont établi la formule sanguine des 100 psoriasiques traités pendant ces dix dernières années. Il existe une diminution des neutrophiles (62,54 o/o) et une augmentation des lymphocytes (31,5 o/o). Cette dernière particularité s'est rencontrée chez 81 o/o des malades. L'augmentation des lymphocytes au cours du traitement a une signification favorable ; leur diminution annonce la récidive ou l'échec thérapeutique. A noter que seules les proportions des divers globules blancs varient.

La plus grande fréquence du psoriasis s'observe entre 10-30 ans. Les deux sexes sont également frappés quoique la plus grande fréquence se rencontre, chez la femme, de 10-20 ans, chez l'homme, de 20-30 ans. La proportion des psoriasis et des autres dermatoses a été, en 10 ans, de 195 à 7.035, soit 2,7 o/o, alors qu'elle est de 7 o/o en Angleterre et de 15 o/o en France. L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (*Berlin*).

Lésions cutanées par la foudre (Hautveränderungen durch Blitzschlag), par P. Fasal. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 3, décembre 1933, p. 105, 1 fig.

F. rapporte trois cas de lésions cutanées déterminées par la foudre. Dans un cas il y eut brûlure étendue et des images de champ électrique et de l'étincelle fulgurante.

Les figures imprimées sur la peau par la foudre ont été examinées : elles montrent de la vésiculation intra-épithéliale, des modifications des connexions épithéliales dans le stratum épineux avec formation de cavités et altérations nucléaires, autour des vaisseaux dilatés et gorgés, de l'infiltration constituée par des cellules rondes, des leucocytes neutrophiles et éosinophiles, et des éléments adventitiaux.

Histologiquement et cliniquement, il y a analogie avec les autres lésions causées par le courant électrique. Il manque en particulier les témoignages d'une action calorique au niveau des figures tracées par la foudre. Ce fait montre que, sur les objets non appropriés, il faut aussi l'intervention d'un facteur mécanique pour expliquer la formation de ces figures. L. CHATELLIER.

Nævus multiple de Pringle et maladie de Recklinghausen (Nævus multiplex Pringle und Morbus Recklinghausen), par T. NIMPFER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 3, décembre 1933, p. 112, 1 fig.

Chez un malade qui présentait un nævus de Pringle, coexistaient des ésions cutanées (tumeurs papillomateuses, dépigmentations, nodules aberrants des flancs et du dos) à rattacher à la maladie de Recklinghausen. De plus, le malade, atteint de sclérose tubéreuse du cerveau, présentait dans l'œil une tumeur de van der Hœwe. Cette tumeur est constituée de cellules riches en protoplasma que van der Hœwe considère comme des éléments rétiniens embryonnaires ; son siège est le nerf optique ou ses environs. De cette observation, il résulte que ces diverses malformations sont très voisines les unes des autres. L. CHATELLIER.

Dermatofibrome lenticulaire de Schreus (Dermatofibroma lenticulare (Schreus)), par K. GULDEN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 3, décembre 1933, p. 118, 1 fig.

L'auteur rapporte 13 observations de dermatofibrome lenticulaire, dont 9 personnelles. Une seule observation concerne un homme. G. rappelle les caractères cliniques et histologiques de cette curieuse lésion. Il semble bien que son étiologie soit complexe : piqûre d'insecte, lésions inflammatoires, traumatismes répétés ; l'hérédité joue peut-être un rôle. Les relations entre le dermatofibrome lenticulaire d'une part, les chéloïdes et le fibrome d'autre part sont évidentes cliniquement ; les caractères histologiques ne permettent pas davantage de séparer nettement ces trois lésions. Il importe encore d'étudier attentivement les formes récentes avant d'arriver à une classification précise.

L. CHATELLIER.

Recherches sur la découverte du bacille tuberculeux dans le sang circulant par la culture et l'inoculation à l'animal (Untersuchunger über den Nachweis von Tuberkelbazillen im strömenden Blut durch Kultur und Tierversuch), par F. KOCH. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc 3, décembre 1933, p 127.

En 1930, Lœwenstein a proposé une technique qui lui a permis de

constater fréquemment la présence du bacille de Koch dans le sang circulant de malades très variés : tuberculoses cutanées, lupus vulgaire, tuberculides, etc. Les résultats obtenus par d'autres auteurs furent beaucoup moins heureux. Lœwenstein a insisté sur la nécessité de suivre strictement tous les détails de sa technique pour arriver à des résultats positifs. Les précisions successives qu'il a données sur son procédé, constituent en réalité des variations importantes dans la technique de préparation. Ces variations ont été soulignées à plusieurs reprises. K., après une première série d'essais infructueux, a fait porter ses recherches sur 283 malades (dont 184 lupus vulgaires, 9 tuberculoses ulcéreuses de la peau, 11 tuberculoses verruqueuses, 29 lupus érythémateux, pour ne citer que les lésions cutanées les plus fréquemment étudiées) en suivant strictement les indications de Lœwenstein. En outre, K. a procédé en même temps à la culture et à l'inoculation au cobaye (2 par malade) pour 46 malades divers (31 lupus, 2 scrofulodermies, 2 tuberculoses verruqueuses, 8 lupus érythémateux). Dans tous les cas, il n'a jamais pu mettre en évidence le bacille tuberculeux dans le sang circulant par l'un ou l'autre procédé. L. Chatellier.

Lymphogranulomatose inguinale, chancre simple, prophylaxie et études sexuelles (Lymphogranulomatosis inguinalis, Ulcus molle, Prophylaxie und Sexual wissenschaft), par C. Schumacher. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 3, décembre 1933, p. 138.

Revue générale des travaux récents sur ces diverses questions, avec bibliographie; p. 166, une revue par A. Jordan sur les traitements de la dermatite de Dühring-Brocq, elle peut rendre service).

L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Traitement du prurit dans l'eczéma chronique et le kraurosis de la vulve (Bekämpfung des Juckreizes bei Ekzema chronicum und Kraurosis vulvæ), par B. Kriss. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 49, 8 décembre 1933, p. 1490.

Depuis longtemps, dans le traitement du prurit vulvaire, l'on a employé des injections locales de sérum salé (Sieburg) ou de substances analgésiantes. Berger, dans la même Revue (1933, n° 25), avait proposé l'emploi d'une solution à 0,5 o/o de blénocaïne. K. a décrit la technique qu'il suit : novocaïne à 0,5 o/o, ou tutocaïne à 0,20 o/o, dont il injecte jusqu'à 60 centimètre cubes, de façon à produire une infiltration des grandes et des petites lèvres et de la région péri-anale. Sur 50 malades ainsi traitées, K. n'a jamais eu d'accidents locaux ou généraux ; les résultats ont été excellents, quelquefois définitifs. Dans le kraurosis, cette méthode ne supprime pas les lésions constituées, mais le prurit disparaît et le processus ne s'étend pas. L. Chatellier.

Sur l'emploi de l'épreuve intracutanée de Freund Kaminer dans les cancers de la peau (Ueber die Anwendung der Freund-Kaminerschen Intrakutanprobe bei Hautkarzinomen), par A. KLEIN. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 52, 29 décembre 1933, p. 1586.

K. a recherché la valeur de l'épreuve proposée par Freund et Kaminer en 1931 chez 22 malades atteints de cancers de la peau ou des muqueuses, et d'autres lésions cutanées. La réaction s'est montrée positive quand il y avait épithélioma ; chez les autres malades, elle fut négative à l'exception d'un vieux lupique traité par la radiothérapie et porteur de cicatrices étendues. K. tient cette épreuve pour spécifique.

L. CHATELAIER.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude du pemphigus foliacé (seconde note) (Contribución al estudio del pénfigo foliáceo (segunda nota)), par E. ALVAREZ SAINZ DE AJA et MIGUEL FORNS CONTERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, n° 2, novembre 1923, p. 109.

S. de A. et F. C. ajoutent une note complémentaire à l'observation de pemphigus foliacé qu'ils ont publiée en 1932.

Après une première étape de pemphigus foliacé, l'affection s'est améliorée, puis a récidivé sous la forme de pemphigus vulgaire.

Au cours de cette seconde étape, divers traitements par la quinine, l'urotropine, l'arsenic procurent à la malade un réel soulagement ; les lésions cutanées disparaissent à peu près complètement. L'auteur souligne la valeur de ces trois agents thérapeutiques qui avaient déjà donné de brillants résultats au cours de la première phase du mal.

Mais l'état général s'aggrave, l'éruption devient plus intense, des escarres de décubitus apparaissent, une diarrhée persistante se déclare. La malade succombe.

On trouve à l'autopsie les poumons criblés de granulations tuberculeuses en rapport avec une infection bacillaire massive. J. MARGAROT.

Sur le lichen atrophique ou scléreux (Sobre el liquen atrofico o esclerosico) par BEJARANO et ENTERRIA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, n° 2, novembre 1933, p. 111.

B. et E. notent dans un cas de lichen du gland et de la face interne du prépuce une discordance évidente entre l'aspect clinique et la structure histologique.

Macroscopiquement, les lésions, bien que blanchâtres, ne sont nullement atrophiques et présentent même en certains points une tendance nettement végétante. Par contre, les coupes montrent des altérations répondant à celles qui ont été décrites dans le lichen scléreux ou atrophique. La couche cornée est très épaissie et le corps muqueux très atrophié. Il existe des lacunes de dimensions variables entre le derme et l'épiderme. Le derme a subi une transformation scléreuse ; les éléments

cellulaires y sont très rares. On trouve au-dessous de lui une infiltration à peu près exclusivement lymphocytaire. J. Margarot.

Chancre induré de la conjonctive bulbaire (Chancro duro de conjonctiva bulbar), par J. M. Renedo et F. Ros Gonzalvez. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, n° 2, novembre 1933, p. 121, 4 fig.

Une femme de 55 ans éprouve une sensation désagréable de corps étranger dans l'œil droit. Sa fille essaie d'extraire avec le coin d'un mouchoir ce soi-disant corps étranger et ne peut réussir à le voir, ni à l'enlever.

Le lendemain la douleur a disparu, mais une quinzaine de jours après un peu de cuisson cause une gêne dans la partie externe de l'œil. Les paupières se tuméfient. On trouve à la limite de la conjonctive bulbaire et du cul-de-sac inférieur une saillie ovalaire de 15 millimètres de diamètre environ. Le ganglion préauriculaire correspondant est engorgé. Une adénite est également notée dans la région sous-maxillaire.

Un examen à l'ultramicroscope permet de mettre en évidence le *treponema pallidum*. Les réactions sérologiques sont négatives.

J. Margarot.

Vaccinothérapie maximale antigonococcique (Vaccinoterapia maximal antigonococcia), par J. Garcia Aynso. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, n° 2, p. 129.

G. A. estime que dans la vaccinothérapie antigonococcique, les doses faibles (de cent à un milliard de germes) sont complètement inutiles. Elles n'ont aucune influence sur l'uréthrite.

La dose optima initiale est de 5 milliards de germes. Il est préférable de ne pas dépasser 40 milliards. Dans ces conditions, contrairement aux affirmations de Demonchy, le véhicule salin habituel ne serait pas plus toxique que la solution de sulfate de magnésie préconisée par cet auteur.

J. Margarot.

Statistique du premier trimestre de lutte antivénérienne (Estadistica del primer trimeste de lucha antivenerea), par Juan Ontason. *Actas dermo sìfiliograficas*, 26e année, n° 2, novembre 1933, p. 134.

Statistique du service antivénérien de Ciudad Real. La syphilis latente occupe la première place dans le total des cas observés. Contrairement à la plupart des auteurs, J. O. ne trouve qu'une très faible proportion de réactions sérologiques positives chez les prostituées.

J. Margarot.

La méthode photothérapique de Uhlmann dans le traitement des achromies persistantes consécutives au pityriasis versicolor interverti (El método fototerápico de Uhlmann en el tratamiento de las acromias por pityriasis versicolor invertida), par E. Rivas Cabello et S. Gallego Calatayud. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, n° 2, novembre 1933, p. 138.

Il arrive que les taches vitiligoïdes, produites par un *pityriasis*

versicolor achromiant, persistent après la disparition du parasite par les traitements usuels.

R. C. et S. G. frictionnent les zones décolorées avec un tampon de coton imbibé d'essence de bergamote et les soumettent à des irradiations ultra-violettes, de manière à obtenir des réactions cutanées intenses. La repigmentation est obtenue après quatre séances faites à une semaine d'intervalle. J. Margarot.

Syphilis cutanée. Influence de causes locales (A propos d'une syphilide tertiaire apparue après une application de radium) (Sifilis cutanea. Influencia de causas locales (Con motivo de una sifilide terciaria aparecida despues de una aplicacion de radium), par J. Bigne. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, nº 2, novembre 1933, p. 141, 1 fig.

Une lésion ulcéreuse de la commissure labiale, développée sur une muqueuse leucoplasique et présentant les caractères histologiques d'un épithélioma spino-cellulaire, est traitée par une application de radium. Un mois après, la région irradiée est légèrement tuméfiée et rouge. Il s'agit d'une radiodermite de peu d'importance qui guérit en quelques semaines.

Il persiste cependant quelques éléments croûteux d'apparence pyococcique. Finalement cette surface devient le siège d'une éruption tuberculo-ulcéreuse affectant une disposition circinée et occupant à peu près exactement la bordure de la zone irradiée.

Les réactions de Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont fortement positives.

Un traitement spécifique par une préparation bismuthique liposoluble permet d'obtenir une guérison rapide. J. Margarot.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Formes tuberculeuses cutanées, tuberculides et pouvoir lipolytique du sérum du sang, par Leigheb. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 6, décembre 1933, p. 668. Bibliographie.

L'auteur après avoir brièvement exposé l'état actuel de nos connaissances concernant le problème de la lipase et de la tuberculose, rappelle les résultats des travaux effectués par différents chercheurs et les questions doctrinales qui se rattachent à ce problème. Puis il fait l'exposé de ses recherches personnelles effectuées sur un groupe de 42 malades, atteints de formes tuberculeuses ou de tuberculides.

Il s'est proposé d'étudier les rapports qui peuvent exister entre le pouvoir lipolytique du sérum du sang et l'extension, l'âge, la gravité des manifestations cutanées et des conditions générales, et de même, la diversité de comportement, au même point de vue, entre les formes tuberculeuses et les tuberculides.

Dans une seconde série de recherches il a recherché comparativement le pouvoir lipolytique des mêmes malades et d'un groupe de sujets sains de contrôle.

Sous réserve que, de ces recherches, il n'est pas possible d'aboutir à des conclusions certaines et définitives, l'auteur observe que, en général, il existe un parallélisme très net entre les conditions générales des malades et l'activité ou la quantité du pouvoir lipolytique du sérum ; que, en général, prévalent les valeurs plus élevées dans les formes de tuberculides, et que, entre les sujets sains et les sujets malades, il existe une légère prévalence du pouvoir lipolytique chez les premiers.

BELGODERE.

Sur un cas d'érythrodermie desquamative chronique avec carence ovarienne, par CIAMBELLOTTI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 6, décembre 1933, p. 593. Bibliographie.

Observation d'une jeune fille de 16 ans qui peut se résumer ainsi : réglée à 13 ans, au bout de trois mois elle vit disparaître ses règles d'une manière définitive. Apparut alors un eczéma rétro-auriculaire droit, qui résista aux cures habituelles et au contraire s'étendit et se généralisa à tout le corps, sous forme d'eczéma suintant aux plis de flexion, sous forme érythémato-squameuse dans les autres régions. Sur tout le corps la peau était infiltrée, tendue, comme étirée. Il y avait en outre des signes de lésions tuberculeuses pulmonaires latentes anciennes. L'altération des fonctions ovariennes ne se manifestait pas seulement par l'arrêt du cycle menstruel, mais aussi par tous les signes habituels : infantilisme somatique et psychique, acrocyanose, atténuation des caractères sexuels secondaires, etc. En outre signes d'insuffisance surrénale. Ces lésious cutanées semblèrent un moment évoluer vers la guérison, puis elles récidivèrent, persistant à l'état chronique, avec cependant des alternatives d'amélioration et de recrudescence, du reste inexpliquées.

C. discute le diagnostic de cette forme cutanée, discussion très approfondie très longue et très serrée, que l'on ne peut songer à résumer. Il conclut finalement au diagnostic d'*Erythrodermie desquamative chronique de Wilson-Brocq*.

Cette affection est considérée comme étant, au point de vue pathogénique, sous la dépendance de causes toxiques, exogènes ou endogènes, alimentaires, médicamenteuses ou autres. Dans le cas étudié, C. discute et élimine toute cause d'intoxication exogène.

Il s'agit donc d'une dermatose de cause endogène.

Mais quelle est cette cause? C. approfondit méticuleusement ce problème pathogénique. Evidemment, les deux facteurs étiologiques qui apparaissent prédominants sont les troubles ovariens et la tuberculose. Mais par quel mécanisme pathogénique ont-ils pu exercer leur action? C. envisage les diverses hypothèses possibles et les discute : action ovarienne directe, association ovario-hypophysaire ou neuro-hypophysaire,

toxine tuberculeuse, troubles d'hypo-surrénalisme, phénomènes vicariants, réactions allergiques, troubles du métabolisme, etc...

Nous résumerons d'autant moins cette discussion que l'auteur lui-même se déclare impuissant à conclure : « il existe certainement, dit-il, des liens d'interdépendance entre les lésions endocrine et cutanée, mais nous ne pouvons déterminer ni leur importance ni leur mécanisme d'action ; il faut accepter le fait clidique et renoncer à son interprétation ».

L'hypothèse la plus vraisemblable est que l'on se trouve en présence d'un processus tuberculeux atténué, qui est une cause d'intoxication *immédiate* (toxine tuberculeuse) et *médiate*, par suite des altérations secondaires des glandes endocrines en première ligne l'ovaire. Il y a donc une association de facteurs multiples dont les effets s'associent et s'enchevêtrent, d'où pathogénie des plus complexes et même insoluble. Ce travail se termine par une « immense » bibliographie de 14 pages, avec 472 références. BELGODERE.

Dermatose à type de poïkilodermie atrophiante vasculaire de Jacobi consécutive à un eczéma, par NINO BAGNOLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 6, décembre 1933, p. 647, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 65 ans, domestique, qui fut atteint, à 55 ans, d'un eczéma lichénoïde de la face interne de la cuisse droite. Neuf ans plus tard, au même siège que cet eczéma, on vit apparaître une dermatose, caractérisée par la présence de petites taches, rouges brunes, blanches, de dimensions et de contours assez irréguliers, donnant un ensemble bigarré. Sur certains points, la peau était atrophique sans que ces zones atrophiques correspondissent aux zones érythémateuses et pigmentées.

La première impression que donnait cette dermatose était celle d'une radio ou d'une radium-dermite, mais les anamnestiques ne permettaient en aucune façon d'admettre ce diagnostic. Après avoir discuté les différentes hypothèses possibles, il semble à B. que le seul diagnostic qui puisse être soutenu est celui de *poïkilodermie atrophiante vasculaire de Jacobi* en se basant, non seulement sur l'aspect clinique, mais aussi sur les constatations histologiques.

Il rappelle les opinions qui ont été émises au sujet de cette dermatose, que les uns (Oppenheim) considèrent comme indépendante, tandis que pour d'autres elle serait secondaire à d'autres altérations cutanées. Oppenheim classe les affections de cette sorte en trois groupes : 1° forme diffuse de Jacobi et forme limitée au visage, de Civatte ; 2° altérations congénitales d'aspect poïkilodermique ; 3° poïkilodermies secondaires à d'autres affections cutanées. Rebaudi distingue aussi trois groupes : 1° forme de Jacobi ; 2° forme de Civatte ; 3° forme de Petges et Clédat, associée à des phénomènes morbides vasculaires. Petges reconnaît deux groupes seulement : 1° la poïkilodermatomyosite ; 2° la forme unique-

ment cutanée, comprenant deux formes : *a*) forme diffuse (Jacobi) ; *b*) forme circonscrite (Civatte).

Dans le cas étudié, on ne constatait pas les petites papules rougeâtres décrites par Gougerot et Eliascheff, et considérées par ces auteurs comme la lésion initiale.

Discutant ensuite la pathogénie, B. se demande si l'on peut admettre un rapport causal entre la dermatose et l'eczéma lichénoïde antérieur. Il vient ainsi à discuter la pathogénie de la poïkilodermie et passe en revue les différentes hypothèses qui ont été proposées : altérations du plasma germinal (génodermatoses) ; altérations endocrines (hypophyse, glandes génitales, surrénales) altérations du système organo-végétatif, facteurs toxiques (tuberculose) facteurs physiques (intempéries).

Il estime qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de se prononcer catégoriquement pour l'une ou l'autre de ces théories, que d'ailleurs, la poïkilodermie peut très bien être une réaction individuelle susceptible d'être provoquée par des causes diverses. Enfin, il lui semble impossible de ne pas admettre un rapport entre l'eczéma et la dermatose ultérieure, qui ont toutes les deux exactement le même siège. Tout au moins est-il légitime d'admettre qu'il en est résulté une prédisposition locale.

BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

A propos du régime G. H. S. (régime de Gerson) dans la tuberculose (Recherches sur l'influence du chlorure de Na dans l'infection tuberculeuse expérimentale du lapin). 2e note. Infection cutanée, par le prof. GIUSEPPE BERTACCINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 4, décembre 1933, p. 1469. Bibliographie.

Ce travail fait suite à une publication précédente que nous avons analysée ici. L'auteur avait entrepris des recherches expérimentales pour vérifier la valeur du régime de Gerson et il avait expérimenté sur des animaux auxquels il avait inoculé la tuberculose par la voie sanguine en leur injectant des bacilles dans la veine de l'oreille. Cette première série de recherches avait donné des résultats négatifs.

Dans cette nouvelle série il a eu recours à des inoculations intradermiques de doses diverses d'une suspension de culture de bacilles tuberculeux bovins, en quantité variant de 1 à 2/10.000e de milligramme à 1/10e de milligramme. Ces recherches ont porté sur trois lots de lapins (en tout 36 animaux). Dans chaque lot, une partie des animaux a été soumise à une administration prolongée (plusieurs mois) de NaCl, une autre partie servant de contrôle.

De l'observation prolongée pendant plusieurs mois des divers lots d'animaux, morts ou sacrifiés et examinés avec soin il est apparu même à la nécropsie et avec des examens histologiques nombreux quelque différence, si légère soit-elle et inconstante entre les chlorurés et les sujets de contrôle : on a constaté chez ces derniers une intensité moindre des

manifestations, une diffusion moins facile, une résolution plus rapide. Des examens histologiques pratiqués sur les manifestations cutanées à divers stades de leur évolution, il résulte que, chez les animaux de contrôle, soumis à la diète achlorurique de Gerson la réaction conjonctive qui tend à englober les foyers morbides, est plus vive, plus rapide et plus intense. BELGODERE.

Le pemphigus de Senear-Usher, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1487, 7 fig. Bibliographie.

Le *pemphigus de Senear-Usher* est un syndrome qui a été décrit en 1926 par les deux dermatologistes américains sus-nommés et qui est caractérisé par une association de lésions dont les unes ont les caractères du lupus érythémateux, les autres celles du pemphigus. 11 cas en ont été publiés.

L'auteur, à la clinique de Milan, a observé un cas qui se relie à ces faits. Femme de 40 ans, présentant sur le visage un lupus érythémateux typique en papillon ; sur le tronc, particulièrement au niveau de la poitrine et du dos, lésions de pemphigus : bulles, abrasions suintantes, abrasions croûteuses, etc... Il en fait l'étude clinique et histologique. Puis discussion du diagnostic et exposé des raisons qui relient ce cas au pemphigus de Senear-Usher.

C. ne pense pas que, dans ces cas, il y ait association d'un lupus érythémateux et d'un pemphigus, mais il pense qu'il s'agit d'un mode particulier du pemphigus qu'il y aura peut-être lieu par la suite de détacher du pemphigus vrai comme une forme spéciale.

Les auteurs américains ont conclu de ces faits à une parenté pathogénique entre le lupus érythémateux et le pemphigus C. ne croit pas devoir les suivre dans cette voie. Il croit devoir plutôt adopter l'interprétation suivante : pour beaucoup de dermatologistes, le lupus érythémateux est une réaction *aspécifique* pouvant se manifester sous l'influence de causes diverses. Ce serait dans ces cas l'agent pathogène inconnu du pemphigus qui provoquerait la réaction. Ce serait une réaction de défense de l'organisme. Ainsi s'expliquerait l'évolution en général plus favorable dans les cas de pemphigus de S.-U., dont le pronostic est moins sombre que celui du pemphigus commun. BELGODERE.

La dégénérescence amyloïde de la peau, par SANNICANDRO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1499, 10 fig. Bibliographie.

A l'occasion de quelques cas d'amyloïdose qu'il avait étudiés, S. avait pu constater que les notions classiques se trouvaient souvent en défaut particulièrement au point de vue des réactions histochimiques telles que les réactions iodiques. Aussi a-t-il repris une étude d'ensemble de ce mode particulier de dégénérescence des tissus.

Il en distingue les formes suivantes dont il fait l'étude :

1° Amyloïdose générale avec participation cutanée.

2° Amyloïdose atypique systématisée cutanéo-musculaire de Lubarsch.
3° Amyloïdose cutanée primitive.
4° Amyloïdose cutanée secondaire ou sénile.

Cette étude est illustrée par quelques observations de cas personnels. S. étudie ensuite et discute la genèse, la nature et les réactions colorantes de l'amyloïdose.

Les cas des deux premières catégories sont très rares. Le type le plus fréquent est l'amyloïdose cutanée isolée, type Guttmann. Cet auteur considère cette forme comme primitive et non consécutive à la transformation amyloïde de formes morbides connues. S. expose les arguments invoqués par Guttmann en faveur de cette opinion qu'il discute, et à laquelle il ne se rallie pas complètement, en se basant pour justifier cette discordance sur quelques caractères des cas personnels qu'il a rapportés, savoir : 1° grande fréquence de l'amyloïdose cutanée, isolée, de la peau dans la sénilité ; 2° absence constante de prurit ; 3° localisation préférée ou exclusive au dos ; 4° aspect clinique qui ne peut pas toujours être rapproché d'une forme clinique connue ; 5° au point de vue histologique, précession fréquente au point de vue de la déposition de l'amyloïde, des altérations épidermiques sur celles du derme ; 6° inconstance de l'hyperkératose.

Dans les cas personnels que S. a rapportés il lui semble que l'indépendance des lésions épidermiques et dermiques peut être admise, ce qui semble bien être en faveur de l'amyloïdose cutanée primitive. Au contraire dans les cas qui ont été publiés par Gutmann, on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'amiloïdose secondaire à des formes morbides connues. Mais de toute façon les relations entre l'amyloïdose cutanée primitive et secondaire sont très étroites, puisque, même dans la seconde, il faut admettre, comme facteur essentiel de sa production, une altération de la nutrition, générale ou locale.

Pour ce qui est de la nature infiltrative ou dégénérative du processus amyloïdosique, la constatation de sa fréquente apparition dans la sénilité alors que les phénomènes atrophico-dégénératifs de la peau sont d'observation commune ; le fait de la disparition du tissu élastique au sein des masses d'amyloïde, la constatation d'un parallélisme entre la dégénérescence de l'élastique et l'apparition de l'amyloïde dans l'amyloïdose sénile portent à considérer l'amyloïdose isolée de la peau comme un processus de dégénérescence du tissu de soutien, prédominant sans doute aux dépens de l'élastique.

Belgodere.

Onycho et épidermomycose par Epidermophyton rubrum (Castellani), par L. Ciarrocchi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1535, 6 fig. Bibliographie.

Cas d'un homme de 53 ans, qui présenta tout d'abord, à la région cervico-latérale gauche deux lésions arrondies, érythémato-squameuses, prurigineuses. Plus tard, altérations des ongles. Puis extension de la dermatose au dos des mains, aux avant-bras, aux fesses, aux régions inguino-

crurales, aux membres inférieurs. Etude clinique et parasitologique. Découvertes de filaments et de spores dans la raclure des ongles. Poils indemnes. Culture présentant une partie centrale rouge vif. Les cultures, soumises à Paris à l'examen de M. Langeron, furent reconnues par ce mycologue comme un *Epidermophyton rubrum* Castellani, *Trichophyton purpureum* Bang.

Ce parasite a été isolé pour la première fois par Castellani en 1909 à Colombo. En 1910, Bang, à Copenhague, a fait à son tour la même découverte chez deux sujets dont l'un revenait d'Amérique et l'autre était un Mexicain.

C. fait une revue générale de la littérature sur cette question et fait ressortir quelques différences culturales entre le parasite qu'il a observé et les cas de Bang et Castellani.

C'est la première fois que ce champignon a été isolé en Italie. Il a été très rarement observé en Europe et on le signale surtout en Amérique et en Chine. Pour ces raisons, C. pense que, dans le cas étudié, la contamination provient d'un étranger et a été occasionnée vraisemblablement par le contact d'un rasoir non désinfecté, étant donné le siège latéro-cervical.

BELGODERE.

Observations sur le thème de syphilis et épithélioma cutané, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1551, 11 fig. Bibliographie.

L'auteur étudie deux cas intéressants d'association chez le même sujet, d'un processus luétique et d'un épithélioma. Il en fait l'étude clinique et en décrit de nombreux examens biologiques, dans le but de tenter d'élucider quels liens peuvent exister entre ces deux formes morbides. Dans les deux cas, il s'agissait de syphilis tertiaire et celle-ci avait précédé de beaucoup le début de l'épithélioma. En outre les rapports entre les deux processus ne se limitaient pas à la présence d'un néoplasme chez un sujet luétique mais assumaient un enchaînement plus étroit parce que les deux processus intéressaient la peau. Dans le premier cas il était cliniquement admissible que la syphilis avait favorisé l'apparition du néoplasme (épithélioma spino-cellulaire) ; dans le second cas, on constata des faits d'influence de la régression du processus luétique, sous l'influence du traitement, sur la régression du néoplasme (épithélioma baso-cellulaire). Ces rapports apparurent comme liés à une interdépendance qui ne pouvait pas être seulement accidentelle. L'auteur discute leur interprétation, en admettant que la peau serait un tissu, dans un certain sens naturellement prédisposé au développement des néoplasmes, si l'on tient compte de la théorie de la *glycolyse aérobique* de Warburg, et de la théorie de la *malignité potentielle* de Pentimalli. Dans ces mécanismes pathogéniques interviendrait comme facteur stimulant, le processus phlogistique chronique. Les données relevées par C. dans ses examens semblent apporter une confirmation aux doctrines ci-dessus indiquées. Par contre elles n'apportent aucune confirmation à une autre

théorie adoptée par certains auteurs, celle de Reding, qui admet la présence dans l'organisme d'une *diathèse alcaline*, qui serait un facteur déterminant de l'apparition du néoplasme. BELGODERE.

Dermatose linéaire psoriasiforme, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1575, 7 fig. Bibliographie.

Cas d'une jeune femme de 24 ans, qui présentait des lésions cutanées papulo-squameuses disposées en bandes : 1° une strie linéaire à la poitrine et au membre supérieur gauche; 2° une strie plus large et plus irrégulière au membre inférieur gauche; 3° sur le même membre une strie linéaire très régulière ; 4° une strie linéaire périnéale; 5° une strie linéaire paravulvaire.

Les examens histologiques révélaient les caractères classiques des lésions psoriasiques. Mais les caractères cliniques évoquaient évidemment l'idée d'une lésion nævique. L'auteur discute à ce propos le concept de nævus et les différentes théories pathogéniques invoquées pour expliquer la formation des nævi. Théorie de Meirowski ou du plasma germinatif. Théorie de Siemens, d'après laquelle l'évolution embryologique de l'épiderme est distincte de celle du derme. La peau serait formée de lamelles embryonnaires qui, même à l'état adulte, conservent une certaine individualité : les *dermatomes*. Les limites entre ces dermatomes sont représentées par des lignes dites *lignes de Voigt*, qui sont des points de moindre résistance de la peau, qui, au cours de la croissance, sont sujettes à des étirements et sont ainsi prédisposées à devenir le siège d'altérations et de malformations.

Dans le cas étudié, on avait constaté chez la malade des signes certains d'hyperthyroïdisme. L'auteur croit que cette cause générale a pu produire des altérations cutanées locales seulement sur les points qui précisément offraient des prédispositions, provoquant ainsi l'apparition de cette « dermatose linéaire psoriasiforme ». BELGODERE.

Contribution à l'étude de la séro-réaction de Hecht et de la réaction de clarification de Meinicke, par ALESSANDRO RADAELI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1589. Deux pages de bibliographie.

Après avoir rappelé les travaux effectués antérieurement pour expliquer le mécanisme intime des séro-réactions pour la syphilis, l'auteur expose les résultats de ses observations personnelles sur la réaction de Hecht (réaction de déviation du complément avec le sérum actif) et sur la réaction de clarification de Meinicke.

Pour la réaction de Hecht, il a suivi une technique personnelle, qu'il expose et justifie. Pour la réaction de Meinicke-Kahn il suit la technique originale de 1929.

D'après ce que R. a pu observer, la réaction de Hecht a une sensibilité plus grande que la réaction de Wassermann originale, dans la pro-

portion de 6 o/o. Le pourcentage est encore plus grand dans la syphilis tardive avec manifestations en activité et dans la syphilis nerveuse. Son apparition est également plus précoce dans la syphilis primaire. Avec cette réaction des résultats positifs ou négatifs aspécifiques sont possibles; les uns comme les autres se maintiennent dans des limites modestes et ne portent pas préjudice à l'excellence de la réaction.

La réaction de clarification de Meinicke marque un véritable progrès dans le domaine de la sérologie : sa sensibilité, qui, globalement, est supérieure de 20 o/o à celle de la Bordet-Wassermann originale, est encore plus accentuée dans les formes nerveuses de la maladie ; elle est très sensible, et elle apparaît beaucoup plus précocement que la Bordet-Wassermann originale et que la réaction de Hecht dans la syphilis primaire.

Là encore on observe des réactions aspécifiques, soit dans le sens de la positivité, soit dans celui de la négativité.

En raison de cette possibilité de réactions aspécifiques, les deux réactions, celle de Hecht et celle de Meinicke, ne peuvent pas remplacer la réaction de Bordet-Wassermann originale ; les trois réactions ensemble, au contraire, présentent de nombreux avantages, qui se résument dans la possibilité de nous donner des données plus précises et plus complètes sur les conditions humorales du sujet examiné. BELGODERE.

Contribution à la connaissance du dosage biologico-expérimental de l'acétate de thallium comme alopéciant et du salicylate de thallium, non encore connu comme alopéciant (Note préliminaire), par GINO PELI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1611, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur expose les résultats qu'il a obtenus expérimentalement sur 51 cobayes, pour la recherche de la dose minima mortelle et de la dose minima alopéciante de l'acétate et du salicylate de *Tl*, ce dernier non encore connu comme alopéciant, administrés par voie buccale et hypodermique. Ses conclusions sont, que le cobaye adulte ressent seulement l'effet toxique du sel de *Tl* employé et que seul, le cobaye qui n'est pas âgé de plus d'une semaine est apte aux recherches sur le phénomène alopéciant. En effet, c'est seulement à cet âge du cobaye que l'on peut obtenir l'alopécie. La voie hypodermique est beaucoup plus toxique que la voie buccale pour les deux sels, mais cependant contrairement à ce qui a été affirmé, on peut, dans les deux cas, obtenir l'alopécie chez les petits cobayes dont l'âge est inférieur à une semaine. Une grande part de la toxicité des sels employés est due à leur composition chimique, et c'est pourquoi le radical acétique rend le T plus toxique que le radical salicylique. Il en résulte que le salicylate de *Tl*, bien qu'il ait le même effet alopéciant que l'acétate, est moins toxique que ce dernier, même s'il est employé à doses plus fortes.

La dose mortelle minima d'acétate de *Tl*, pour le cobaye adulte, est de 24 milligrammes par kilogramme de poids corporel, et de 16 milligram-

mes, pour les cobayes dont l'âge est inférieur à une semaine. Au contraire, la dose mortelle de salicylate est, pour le cobaye adulte, de 47 milligrammes par kilogramme et de 22 milligrammes pour le cobaye de moins d'une semaine.

La dose alopéciante minima de thallium, pour les petits cobayes, est de 10 milligrammes pour l'acétate, et de 12 milligrammes pour le salicylate.

En outre le salicylate est un sel stable, non déliquescent comme l'acétate, ce qui, au point de vue de l'emploi pratique comme au point de vue industriel, est un avantage appréciable.

Les sujets jeunes sont beaucoup plus sensibles à l'action du métal que les adultes. En outre, chez les petits cobayes on a observé fréquemment, après l'administration du médicament, des manifestations de rachitisme et des lésions oculaires.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur les sels de Tl, on peut dire que l'acétate ne peut pas être employé dans tous les cas et par n'importe qui, mais peut-être y aurait-il lieu de lui préférer le salicylate quand une étude plus approfondie de ce sel aura confirmé les premiers résultats expérimentaux qui viennent d'être exposés.

BELGODERE.

Nodosités cutanées rhumatismales des doigts (Contribution clinico-histologique), par GIORGIO ROBBA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1623, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur étudie des nodosités cutanées rhumatismales, localisées symétriquement aux doigts des deux mains, observées par lui dans deux cas particulièrement démonstratifs de l'intérêt que de telles manifestations peu communes peuvent présenter pour le dermatologiste.

Le premier cas concerne une femme, chez laquelle, trois semaines après le début d'une pleurésie avec épanchement, apparurent par jetées sur les mains, en même temps que de l'œdème, des douleurs diffuses et d'importants troubles vaso-moteurs, des nodosités cutanées dures, bien délimitées, à siège juxta-articulaire entre les premières et les secondes phalanges, sur la face dorsale des doigts.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette de 12 ans, qui était sujette depuis plusieurs années à des processus inflammatoires aigus des amygdales et souvent à des abcès tonsillaires. Peu de temps après le dernier abcès, elle commença à accuser des douleurs rhumatismales aux articulations et à observer l'apparition de nodosités cutanées aux doigts des mains, identiques à celles du premier cas, accompagnées du même syndrome vaso-moteur, apparu en même temps que les nodosités et caractérisé par des accès ischémiques des doigts, provoqués par l'abaissement de la température. L'examen clinique mit en évidence les points suivants : réactions de Pirquet et sous-cutanée de tuberculine positives, réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives, absence de lésions osseuses. En outre, dans le deuxième cas, on constata une

constitution lymphatique, des amygdales scléreuses et hypertrophiques. Histologiquement, dans le premier cas, il y avait une forte hyperkératose, une granulose et une acanthose notables ; dans le derme moyen et profond, siège des nodosités, prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif et réduction du réseau élastique en peu de fragments ; vaso-dilatation accentuée, et faible infiltration parvi-cellulaire périvasculaire.

Dans la discussion sur le diagnostic et le diagnostic différentiel, l'auteur insiste sur les difficultés diagnostiques offertes au début par la symptomatologie du premier cas et sur les diverses affections qui pouvaient alors être suspectées, notamment la sclérodactylie, les concrétions calcaires de la sclérodermie, les nodosités fibreuses sur fond sclérodermique, les nodosités de Héberden, les chéloïdes spontanées et le kératome. Selon l'auteur, les caractères classiques du second cas, l'identité des manifestations de ce second cas avec celles du premier, les constatations histologiques et l'évolution confirment pour les deux cas le diagnostic de nodosités cutanées rhumatismales.

Au point de vue de l'étiopathogénie, l'auteur est porté à considérer le virus du rhumatisme comme le facteur déchaînant du processus pathologique, qui s'est manifesté dans le premier cas par une pleurite, dans le second cas par une amygdalite, et secondairement dans les deux cas par l'apparition des nodosités et du syndrome vaso-moteur. Il accepte l'opinion de Darier, qui interprète les nodosités comme la conséquence d'embolies microbiennes et qu'il considère comme étant en rapport direct avec les nodosités le syndrome vasomoteur qu'il faut attribuer selon lui, à l'action de la même cause toxi-infectieuse sur les vaisseaux et sur l'innervation vasculaire. Parmi les facteurs secondaires, R. attribue la plus grande importance pour la localisation des embolies et pour l'apparition de la symptomatologie vasculaire à la basse température, en raison de la notable influence de celle-ci sur la circulation périphérique ; il n'exclut pas que le facteur traumatique répété ne puisse contribuer lui aussi à expliquer le siège des nodosités. Parmi les facteurs constitutionnels et prédisposants, il convient de faire ressortir la constitution lymphatique et l'hypertrophie des amygdales, ainsi que les fréquents processus inflammatoires tonsillaires qui peuvent favoriser la fixation des germes et leur passage dans le courant circulatoire ; par contre, l'auteur ne peut pas d'après l'étude de ces cas, se prononcer sur l'importance prédisposante éventuelle de l'infection tuberculeuse.

BELGODERE.

Réactions colorées de floculation, par UGO HECHT. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIV, fasc. 6, décembre 1933, p. 1641. Bibliographie.

Nous ne nous étendrons pas sur ce travail qui est la reproduction d'une leçon faite à Paris à l'Institut Fournier en mai 1933 et publiée dans les *Annales des Maladies Vénériennes* (juillet 1933).

L'auteur expose un procédé applicable à toutes les réactions de floculation et en particulier à la réaction de conglomération de Hecht-Müller) qui permet d'obtenir, par la coloration élective du colloïde de l'extrait, un tableau de couleurs qui sert à faciliter la lecture de la réaction, sans nuire à la spécificité. Il convient de lire les réactions sur un fond blanc (papier blanc). Les sérums à réaction positive présentent un conglomérat de couleur rouge brillant, et lorsque celui-ci s'est formé, le colorant de contraste choisi apparaît bleu, violet ou vert. Les sérums négatifs présentent une coloration du violet clair au vert bleuâtre qui permet une distinction facile. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Labyrinthite hérédosyphilitique tardive chez un sujet syphilitique héréditaire de seconde génération, par GIACOMO SERRA et EMILIO LIVERIERO. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 12, décembre 1933, p. 645. Cinq pages de bibliographie.

Les auteurs font une revue générale très approfondie de l'état actuel de nos connaissances sur l'influence de la syphilis à l'égard de l'appareil de l'ouïe et plus spécialement sur l'influence de la syphilis héréditaire, en particulier des atteintes de l'oreille interne, de la labyrinthite. Ils en étudient les caractères cliniques et anatomo-pathologiques et en discutent la pathogénie.

A ces notions générales, ils ajoutent un cas personnel, celui d'un sujet qui présentait des troubles de labyrinthite hérédo-syphilitique tardive, due, selon toute vraisemblance, d'après les commémoratifs familiaux, à une syphilis héréditaire de seconde génération. Ils font une étude très complète de ce cas, exposant d'une manière très détaillée les constatations faites sur le sujet lui-même, sur ses ascendants et sur ses collatéraux. Ils examinent ensuite les différents problèmes que soulève la question de l'hérédité de la syphilis et les discutent.

Le cas étudié est intéressant à cause de sa rareté ; en effet, dans la littérature, S. et L. ont pu retrouver seulement sept cas d'otopathies hérédo-syphilitiques dues à une transmission par seconde hérédité et encore tous ces cas ne leur paraissent-ils pas indiscutables.

Chez leur malade, ils ont essayé divers traitements (arsénobenzol, bismuth) sans obtenir aucun résultat. BELGODERE.

Sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy ou érythème induré de Bazin, par MARICONDA. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 12, décembre 1933, p. 675. Bibliographie.

Observation d'une femme de 33 ans, chez laquelle étaient apparues des lésions cutanées, disséminées sur les quatre membres, mais surtout sur les membres inférieurs. Ces lésions étaient de deux sortes : 1° des nodosités profondes, circonscrites, d'abord petites et recouvertes d'une peau normale, par la suite plus grosses et recouvertes d'une peau rouge

violacé. 2° des placards aplatis, rouge vif ou rouge violacé, de la dimension d'une pièce de 20 lires, de consistance dure, adhérents à la peau et aussi au périoste quand ils siégeaient au voisinage des os. L'apparition de ces lésions avait été assez rapide, et elles finirent par disparaître spontanément au bout de trois mois, en laissant après elles des taches pigmentées. Cuti et intradermo-réaction fortement positives ; traces de lésions anciennes de tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, révélées par la radiologie. Au point de vue histologique, les lésions les plus caractéristiques avaient leur siège dans le tissu adipeux sous-cutané, où l'on observait des infiltrats circonscrits ayant la structure typique du granulome tuberculeux (cellules géantes, cellules épithélioïdes, et cellules lymphatiques périphériques). En outre, sur les lésions en forme de placards, on constatait des foyers de nécrose au voisinage du derme profond, entourés d'un infiltrat formé de cellules épithélioïdes, de fibroblastes et de quelques rares cellules plasmatiques. Les vaisseaux présentaient eux aussi des lésions intéressantes d'endo vascularite oblitérante et étaient entourés aussi d'un infiltrat cellulaire.

A première vue, l'aspect clinique des accidents cutanés et leur évolution faisait penser à un érythème noueux. Mais une analyse plus attentive des signes cliniques, et surtout les caractères histologiques durent faire abandonner ce premier diagnostic et deux hypothèses furent retenues comme les plus vraisemblables : celle de « sarcoïde noueuse disséminée » (Darier) ou celle d'érythème induré de Bazin. L'auteur rappelle les discussions auxquelles ont donné lieu ces deux dermatoses dont la nature est encore obscure, bien qu'il soit avéré que la tuberculose joue dans leur pathogénie un rôle fréquent sinon constant. On tend à admettre actuellement que ces affections représentent des syndromes dus à des causes diverses, dont la tuberculose serait la plus fréquente.

Dans le cas qui a fait l'objet de ce travail, la structure histologique doit faire pencher l'opinion en faveur de la tuberculose, bien que la constatation de bacilles n'ait pu être faite et que l'inoculation n'ait pas été effectuée. L'identité histologique fréquente des sarcoïdes et de l'érythème induré de Bazin doit faire admettre une certaine parenté entre ces deux affections et semble justifier l'opinion de certains auteurs, qui les rangent l'une et l'autre dans la « tuberculose indurée ».

Belgodere.

Przeglad Dermatologiczny (*Varsovie*).

Les modifications histologiques du tissu sous-cutané dans un cas de péri-artérite noueuse, par Alkiewicz. *Przeglad Dermatologiczny*, vol XXVIII, n° 4, décembre 1933, p. 430.

Observation d'un cas de septicémie chronique avec péri-artérites noueuses donnant lieu à des tuméfactions cutanées évoluant successivement vers le sphacèle. Apparition simultanée d'un placard d'*acanthosis nigricans* sur le thorax.

En dehors des lésions histologiques de péri-artérite qui seules permettaient d'établir la pathogénie des lésions cutanées, l'examen montrait des modifications des îlots graisseux sous-cutanés qui contenaient de nombreuses cellules géantes devant être considérées comme des cellules de base des histiocytes. La constatation de ces modifications réactionnelles dans les îlots graisseux prouve leur participation au rôle du système réticulo-endothélial dans la défense contre l'infection. Cette opinion se trouve confirmée par l'ensemble des lésions d'irritation du système réticulo-endothélial qui étaient constatées dans ce cas : hypertrophie de la rate et du foie, adénopathies, leucopénie, monocytose, hémorragies cutanées et viscérales. S. Fernet.

Lupus érythémateux aigu, par Mienicki. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXVIII, n° 4, décembre 1933, p. 566, 9 fig.

Dans un cas de lupus érythémateux aigu, compliqué d'arthralgies, M. signale l'absence de tout signe révélateur de la nature tuberculeuse de l'affection : aucun signe auscultatoire ou radioscopique pulmonaire, cuti-réaction à la tuberculine négative, intradermo légèrement positive, mais sans réaction focale, inoculations négatives. Seule l'intradermo-réaction au vaccin streptococcique donnait une réaction fortement positive.

M. pense que la nature tuberculeuse du lupus érythémateux aigu est discutable et qu'il s'agit probablement d'un syndrome pouvant être réalisé par des causes diverses. S. Fernet.

Un cas de pemphigus chronique vrai traité par des injections de sublimé, par Sonnenberg. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXVIII, n° 4, décembre 1933, p. 622.

Il s'agit d'un cas grave de pemphigus chronique chez une femme de 39 ans. Alors que les traitements habituels (auto-hémothérapie, urotropine, quinine, etc.) n'avaient amené aucune amélioration et que l'état de la malade paraissait désespéré, S. fit, tous les deux jours, des injections intramusculaires de bichlorure de Hg, d'abord à 0 gr. 01 puis à 0 gr. 015. Ces injections provoquaient au début des réactions fébriles à 39°-40° mais simultanément, l'état de la malade s'améliorait visiblement. Après vingt injections les lésions cutanées furent cicatrisées et l'état général de la malade amélioré au point qu'elle put quitter l'hôpital au bout de six semaines. Quelques nouvelles bulles isolées se produisirent trois mois après, mais ne nécessitèrent pas de nouveau traitement général. La malade succomba, malheureusement, six mois plus tard à une grippe compliquée de néphrite. S. Fernet.

La syphilis séro-résistante, par Straszynski. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXVIII, n° 4, décembre 1933, p. 645.

L'auteur interprète et discute les opinions émises à Strasbourg à propos des syphilis sérologiquement résistantes.

Il ne croit pas que le terme de syphilis latente puisse convenir aux cas où le Bordet-Wassermann est irréductible; la persistance de réactions

sérologiques positives doit-être considérée comme un symptôme de syphilis en activité puisque nos moyens d'investigation sont insuffisants pour nous permettre d'affirmer l'absence d'un foyer d'infection dissimulé en un point quelconque de l'économie.

On ne doit tenir compte que des renseignements fournis par la réaction de Bordet-Wassermann classique. Les réactions utilisant le sérum non chauffé et les réactions de floculation sont en général plus sensibles, mais aussi moins spécifiques. La plus grande rigueur doit dominer l'appréciation des résultats suivant la compétence des techniciens qui les fournissent.

Il n'est pas douteux que les traitements tardifs, insuffisants ou irréguliers constituent des causes de syphilis sérologiquement résistantes. Il semble cependant que des facteurs individuels, constitutionnels interviennent pour leur part dans l'évolution de la syphilis. Les recherches de S., confirmées et complétées par d'autres auteurs, semblent prouver qu'il existe un rapport entre la réductibilité sérologique et, par exemple, le groupe sanguin auquel appartient le malade, les individus du groupe O ayant des Bordet-Wassermann plus facilement réductibles que ceux du groupe AB.

On ne doit appeler syphilis sérologiquement résistante que les cas dans lesquels quatre années se sont écoulées depuis la contagion sans aucune récidive cliniquement appréciable et dans lesquels le liquide céphalo-rachidien est resté normal. Ils peuvent être divisés en deux groupes : celui des cas traités intensivement et régulièrement et celui des cas traités tardivement, irrégulièrement ou non traités du tout. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de savoir lequel de ces groupes comporte le pronostic le plus grave : en dehors de l'appréciation de la valeur des traitements antérieurs, tous ces cas sont également exempts de signes cliniques, également rebelles au traitement et uniquement caractérisés par leurs réactions sérologiques résistantes. La cause de cette résistance étant inconnue, il est prudent de considérer ce phénomène non pas exclusivement comme une particularité humorale, mais comme une résistance de l'infection elle-même et de remplacer le terme de « Wassermann irréductible » par celui de « syphilis sérologiquement résistante ».

En ce qui concerne le traitement, il faut indiscutablement s'efforcer de négativer la réaction par un traitement intensif dans ceux des cas où il existe une manifestation clinique quelconque et ceux où le traitement antérieur a été tardif, insuffisant ou irrégulier. Il ne faut, par contre, pas continuer indéfiniment à traiter les cas de syphilis séro-résistante dans lesquels il n'y a aucune indication clinique et qui ont déjà subi des traitements jugés suffisants. Il faut dans ces cas se borner à une surveillance fréquente.

Pour éviter les syphilis sérologiquement résistantes, il y a lieu d'instituer le traitement le plus tôt possible, dès la période présérologique et de le continuer systématiquement et pendant longtemps.

S. Fernet.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Remarques étiologiques sur le pityriasis (Devergie-Besnier) (la réaction d'Abderhalden), par C. Ryll-Nardzewski. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 3, octobre 1933, p. 207, 3 fig., 1 tabl.

Bibliographie et observation personnelle d'un cas de pityriasis rubra pilaire avec troubles glandulaires. La recherche de ces troubles fut pratiquée par la méthode interférométrique d'Abderhalden. Les lésions régressèrent spontanément et l'auteur conclut qu'il faudrait juger plus sévèrement les résultats de l'opothérapie si répandue actuellement, car les troubles des glandes endocrines peuvent disparaître spontanément.

Olga Eliascheff.

Contribution expérimentale à l'étude du pityriasis lichénoïde aigu et chronique (Dermatites psoriasiformis nodularis) (Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der acuten und chronischen Lichenoiden Pityriase), par L.-S. Sirota. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 3, octobre 1933, p. 218, 5 fig.

Description de deux cas de pityriasis lichénoïde dont un aigu mais atypique, l'autre aigu avec fièvre et adénopathie. Les deux malades présentèrent des hémorragies punctiformes et des lésions morphologiquement différentes aux paumes des mains, à la plante des pieds et aux muqueuses. L'auteur conclut : les foyers hémorragiques de la peau et les lésions des muqueuses sont des complications rares du pityriasis lichénoïde chronique. Il existe souvent dans le *pityriasis lichenoïdes varioliformis acuta* de la fièvre, un mauvais état général, des adénopathies. Les rapport de cette maladie avec la tuberculose ou avec un trouble des glandes endocrines ne sont pas suffisamment démontrés. On observe la forme aiguë principalement en automne et en hiver chez des sujets jeunes ; elle est plus fréquente chez l'homme que chez les femmes. Il n'existe pas d'histologie pathognomonique, mais la parakératose, l'acanthose, l'œdème du corps papillaire et de la couche sous-papillaire ainsi qu'un infiltrat cellulaire sont caractéristiques. Toute une série d'observations cliniques et les expériences sur l'homme et l'animal parlent en faveur d'un état infectieux. L'emploi d'un vaccin spécifique obtenu des squames des lésions semble produire en peu de temps une guérison complète sans récidive.

Olga Eliascheff.

Pityriasis lichenoïdes et varioliformis (Acuta). (Habermann). Parapsoriasis varioliformis, par Fred Wise et D.-L. Satenstein. *Acta Dermato-Venereologia*, vol. XIV, fasc. 3, octobre 1933, p. 245, 7 fig.

Description de deux nouveaux cas de *pityriasis lichenoïdes* et *varioliformis acuta*. Dans un cas, un homme de 56 ans fut atteint d'une éruption vésiculeuse, hémorragique et nécrotique qui débuta à la paume des mains et à la plante des pieds, puis se développa sur les extrémités et le tronc. Sur la voûte palatine présence de vésicules analogues à celles de la varicelle. Pas d'adédopathie, guérison 9 mois après le début. L'histologie

montra des lésions typiques et qui ressemblaient à celles décrites dans le pityriasis lichénoïde chronique par Juliusberg.

Il s'agit dans le second cas d'une jeune fille de 20 ans ; l'éruption varicelliforme et varioliforme, ainsi que les lésions typiques pour le pityriasis lichénoïde chronique, ne durèrent que quinze jours. L'histologie confirma le diagnostic.

Olga Eliascheff.

Sur la maladie de Sutton et le vitiligo (Ueber Suttonsche Krankheit und Vitiligo), par S. T. Pawlow. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 3, octobre 1933, p. 255, 1 fig.

Observation d'un cas de vitiligo typique combiné avec des lésions typiques de la maladie de Sutton (décrite par l'auteur en 1916 sous la dénomination de *leucoderma acquisitum centrifugum*). Présence d'un halo-érythémateux à la périphérie des taches de vitiligo (décrit par Milian) et des lésions de la maladie de Sutton. Il existe, d'après l'auteur, une relation entre ces deux maladies, et dans l'observation apportée la maladie fut déclanchée par un traumatisme du nerf ophtalmique. Les douleurs et une hyperesthésie permettent de conclure à une névrite avec apparition immédiate d'une tache dépigmentée dans la zone traumatisée et augmentation d'un nævus pré-existant à cette tache.

Olga Eliascheff.

Variations de la teneur en sucre dans le sérum des syphilitiques (Zuckerschwankungen im Serum von Syphiliskranken), par D. J. Postowsky. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 3, octobre 1933, p. 262, 9 tabl.

Recherches sur la glycémie dans l'infection syphilitique à son début et aux différents stades de la syphilis non traitée. On constate un trouble du seuil normal du sucre sanguin (hyperglycémie) chez les syphilitiques examinés à jeun, ainsi qu'un trouble du métabolisme des hydrocarbones. Le traitement agit sur les organes régulateurs et produit une diminution de l'hyperglycémie.

Olga Eliascheff.

Notes sur l'étiologie des sarcoïdes de Bœck, par A. Kissmeyer et Jens Nielsen. *Acta dermato-venereologica*, vol. XIV, fasc. 3, octobre 1933, p. 283.

Dans sa monographie sur les sarcoïdes cutanées de Bœck (un des auteurs (Kissmeyer) avait démontré que ni par voie directe ni indirectement l'étiologie tuberculeuse des sarcoïdes n'était prouvée. K. et N. reviennent sur cette question et soutiennent leur point de vue qu'il existe une parenté très proche entre les sarcoïdes et la lèpre, plus proche même qu'entre celles-là et la tuberculose. Presque toutes les altérations osseuses que l'on rencontre chez les malades atteints de sarcoïdes de Bœck se retrouvent dans les radiogrammes publiés par Murdock et Hutter dans leur travail sur la lèpre. Les auteurs concluent qu'il existe un virus spécifique des sarcoïdes de Bœck, non identique au bacille de Koch. Ils croient à une parenté plus proche avec la lèpre dont les lésions

cutanées ressemblent assez souvent, les altérations osseuses toujours, à celles de la sarcoïde. OLGA ELIASCHEFF.

Nævus comédonien (Comedone Nevus), par NELSON, PAUL ANDERSON, SAMUEL AYRES et LOUIS M. KANE. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 4, novembre 1933, p. 299, 3 fig.

Description de deux cas de nævi comédoniens avec bibliographie sur cette lésion très rare. Discussion sur les relations de ce nævus avec la folliculite ulérythémateuse réticulée de Mec Kee et Parounagian et l'*épithelioma adenoïdes cysticum* de Brooke. Les auteurs concluent que le nævus comédonien ne rentre pas dans ces groupes.

OLGA ELIASCHEFF.

Contributions nouvelles à l'étude de l'atrophie cutanée. III. L'acrodermatite chronique atrophique et sa relation avec la sclérodermie (Weitere Beitræge zur Frage über die Atrophie der Haut. III. Acrodermatitis chronica atrophicans und ihre Beziehung zur Sclerodermie), par EUGÉNIE BENJAMOWITSCH et L. N. MASCHKILLEISSON. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 4, novembre 1933, p. 313, 10 fig.

Observation de 11 cas d'acrodermatite chronique atrophique avec examens histologiques dans la plupart de ces cas. Les auteurs discutent le diagnostic différentiel de cette maladie avec la sclérodermie. Ils concluent : 1° L'acrodermatite chronique atrophique et la sclérodermie sont des entités morbides différentes, mais très probablement morphologiquement très apparentées ; 2° Dans l'acrodermatite atrophique, qui est une variation de l'atrophie progressive cutanée, le tissu élastique est atteint, tandis que c'est le tissu collagène qui est modifié dans la sclérodermie ; 3° On distingue dans l'acrodermatite trois stades : celui de l'atrophie, de la pseudosclérodermie et le stade des tumeurs (fibromes et lipomes). Le stade de la pseudosclérodermie ne se rencontre que dans la moitié des cas de l'acrodermatite et sa localisation est aux mollets et aux pieds, très rarement aux bras ; une partie de ces cas sont accompagnés d'ulcères trophiques ; 4° De toutes les théories émises sur l'étiologie de cette maladie la plus vraisemblable est celle de troubles endocriniens principalement des glandes sexuelles (chez les femmes) ; 5° Le refroidissement (local et général) le traumatisme et les infections jouent un rôle comme facteurs déclanchants. Dans les observations des auteurs la syphilis et la tuberculose ne jouent aucun rôle spécial ; 6° Les auteurs ont observé dans plusieurs cas sur les lésions sclérodermiformes des modifications osseuses sous forme d'un épaississement de la couche corticale de la face externe des tibias. Le traitement par la diathermie locale et l'opothérapie est à recommander. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique de l'épidémiologie et de l'étiologie des nodules des trayeurs (Zur klinik der Epidemiologie und Ætiologie der Melkerknoten), par P. M. SALKAN. *Acta Dermrto-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 4, novembre 1933, p. 342, 8 fig.

Observations, examens histologiques et recherches expérimentales

sur les nodules des trayeurs. Les nodules sont dus à l'infection dont les vaches malades sont la source. Les lésions histo-pathologiques sont les mêmes que dans les lésions papulo-pustuleuses observées sur les vaches et il s'agit d'un virus filtrant. Le virus des nodules des trayeurs est apparenté biologiquement à celui de la variole, mais il n'est pas identique parce que : 1° l'immunité vis-à-vis de la variole ne préserve pas contre les nodules des trayeurs ; 2° chez les personnes non vaccinées contre la variole les nodules des trayeurs ont le même aspect et la même structure histologique que chez les trayeurs vaccinés ; 3° La maladie peut déjà récidiver après six semaines.

L'injection intradermique de la sérosité prélevée des nodules a une valeur thérapeutique, elle abrège le cours de la maladie.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du purpura annulaire télangiectasique de Majocchi (Beitrag zur Kenntnis der Purpura annularis teleangiectodis (Majocchi), par Gunnar Nordin. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 4, novembre 1933, p. 369.

Bibliographie et description des lésions du purpura annulaire télangiectasique de Majocchi ; observation de deux cas publiés en Suède et d'un cas personnel chez une femme de 26 ans. L'histologie montra au début des lésions, dans le stade érythémato-télangiectasique, une dilatation maximale des vaisseaux du corps papillaire qui sont entourés d'un infiltrat d'intensité moyenne, plus tard une prolifération endothéliale, une dégénérescence hyaline de la couche musculaire des vaisseaux un œdème de la media, donc une endartérite oblitérante. Cliniquement le stade terminal se présente sous la forme d'une atrophie ou d'une achromie. Discussion sur le diagnostic différentiel.

Olga Eliascheff.

Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa.

Les dermatoses professionnelles dans la fabrication d'insecticide arsenical, par L. Blank, R. Grinblatt, R. Grouber, N. Ioukhnévitch, E Kagan, S. Kalfas, B. Kardassévitch, L. Khaïs, A. Khodoroff, L. Klébaner, M. Kolik, W. Malitzky, Y. Matoussis. S. Oïvine, J. Paliy et A. Stark. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 9-33, avec 5 microphotographies et 4 dessins de plans (en ukrainien).

Les auteurs mentionnés ont étudié d'une manière détaillée la fabrication de l'insecticide arsenical dans une usine d'Odessa. Ils ont examiné 89 ouvriers occupés dans cette industrie. Omettant les affections du système nerveux, des viscères, des organes des sens et diverses recherches de laboratoire, relevons que presque tous les ouvriers présentaient

des affections cutanées à caractère polymorphe qu'on peut qualifier de professionnelles. Ces dermatoses professionnelles étaient surtout localisées aux parties découvertes du corps, aux plis et aux organes génitaux, et causaient une incapacité de travail temporaire principalement au cours des premiers jours du travail de l'ouvrier. La variété prédominante des dermatoses arsenicales est de type folliculaire, puis viennent les variétés érythémateuse, ensuite vésiculaire, pustuleuse, toutes ces formes étant prurigineuses et souvent suintantes. La dermatose arsenicale récidive et parfois sous des formes différentes. Ces dermatoses sont dues à l'action irritante de l'anhydride arsénieux et de l'arsénite acide de soude qui en est retiré. Les auteurs ont obtenu des cuti-réactions positives avec ces produits dans la moitié des cas.

Ils concluent que les dermatoses arsenicales sont provoquées par l'organisation irrationnelle de la fabrication, par la non-observation des règles élémentaires de la sécurité du travail et de l'hygiène industrielle. Ils proposent, à titre de prophylaxie, une hygiène personnelle rigoureuse, des douches après le travail, des vêtements hermétiques et bien fermés et l'onction des parties découvertes avec des pommades inertes suivie des saupoudrages au talc. BERMANN.

Les dermatoses professionnelles chez les travailleurs des superphosphates, par D. E. KHADOROFF. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 34-39 (en ukrainien)

L'auteur décrit tout d'abord la fabrication des superphosphates qui servent d'engrais chimiques et qu'on prépare en partant des phospates. Puis il rapporte les résultats de ses observations cliniques faites sur une centaine de travailleurs occupés à l'usine de superphosphates d'Odessa. Les dermatoses professionnelles de ces ouvriers sont en premier lieu des brûlures chimiques produites par les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique employés dans la fabrication et les superphosphates chauds et humides. Mais en comparaison avec les autres usines russes de superphosphates, la fréquence des brûlures chimiques est plus faible à Odessa. Le grand nombre d'abcès et de phlegmons cutanés s'explique par des traumatismes et des lésions de la peau qui s'infectent secondairement. En deuxième lieu on observe des furoncles qui sont de véritables affections professionnelles des ouvriers de l'industrie des superphosphates, car cette substance chimique provoque une obturation des follicules pileux et leur inflammation consécutive. En dernier lieu, on remarque des stigmates professionnels sous forme de kératodermie palmaire, le dermographisme noir, la pigmentation due aux acides et au superphosphates humides, ainsi que la sécheresse et la desquamation de la peau produites par l'acide sulfurique.

Afin de se préserver contre les dermatoses professionnelles, les ouvriers doivent être munis de gants de caoutchouc, de masques et de lunettes-

conserves. Ils doivent être mis au courant des processus chimiques de la fabrication et observer une hygiène personnelle méticuleuse. Les postes médico-sanitaires de l'usine doivent veiller régulièrement sur l'état des téguments des ouvriers et les soigner au premier signe d'alarme.

BERMANN.

Les affections cutanées chez les photographes, par S. A. IAKOUNÈRE, D. E. KHODOROFF et CH. I. KOULBATZKY. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 41-47, avec 3 photographies (en ukrainien).

C'est le premier travail russe ayant pour sujet les dermatoses chez les photographes. Après avoir observé deux cas d'affection professionnelle de la peau des mains chez des photographes, les auteurs ont examiné 29 photographes d'Odessa appartenant aux deux sexes et ayant un stage de travail différent. Parmi ces travailleurs, 11 (41 o/o) n'ont présenté rien de particulier, mais 18 (59 o/o) étaient porteurs de lésions cutanées fort variables, telles que onychies, dermites, rhagades, érosions, sécheresse, acroasphyxie, eczéma, siégeant dans la majorité des cas aux faces dorsales des phalangines et phalangettes des doigts. Ces manifestations surviennent au bout d'un temps de travail au laboratoire allant de quelques jours à quelques mois. Les dermatoses professionnelles observées sont dues à l'emploi du paramidophénol servant de révélateur et ayant une réaction alcaline et une action irritante, surtout au contact de l'eau froide. L'eczéma dû au paramidophénol revêt tous les caractères d'allergie. La période de sensibilisation dure de quelques jours à quelques mois. Ordinairement la peau s'habitue à ces phénomènes et passe à la désensibilisation. Les récidives s'observent dans 25 à 30 o/o des cas.

A titre prophylactique, les auteurs recommandent de pratiquer la révélation dans des bains verticaux spéciaux permettant d'éviter le contact avec le révélateur, en rendant ce procédé mécanique. Les photographes doivent observer une hygiène personnelle rigoureuse, se laver avec une solution chaude de tanin ou d'alun à 1 o/o, s'onctionner les mains avec des graisses neutres et, en cas d'atteinte, suspendre le travail. Ces mesures préconisées ont donné plein succès aux auteurs, prouvant ainsi leur efficacité.

BERMANN.

Les dermatoses dues aux produits du naphte, par D. KHODOROFF, I. OÏWINE et A. PAWLOFF. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 49-58, avec 6 microphotographies (en ukrainien).

Les auteurs ont examiné 331 travailleurs (282 hommes et 49 femmes) maniant les produits du naphte (pétrole, benzine, naphte, mazout, huile de machine) et travaillant aux diverses fabriques et dépôts. Ils ont constaté en tout 3 cas d'eczéma, 5 de dermatite, 1 d'épithéliome, 19 de

furonculose et surtout des folliculites (36 à 100 o/o). Les dermatoses étaient réparties d'une manière inégale parmi les travailleurs examinés. La localisation prédominante siégeait aux parties de la peau les plus riches en follicules pileux et les plus exposées au contact avec les produits irritants ou les plus déclives, donc, aux extrémités (faces d'extension), à la face et aux fesses. En frictionnant les cobayes avec du pétrole, les auteurs ont produit une dermatite exfoliative au bout de 3 à 5 jours. La benzine et l'huile de machine se sont, sous ce rapport, montrées moins irritantes. La biopsie prouvait que l'affection siégeait principalement aux follicules.

A titre prophylactique, les auteurs proposent de rationaliser les procédés de fabrication et de distribution des produits du naphte, de munir les travailleurs de vêtements imperméables et hermétiques spéciaux faits avec des tissus vulcanisés et d'instituer une hygiène corporelle rigoureuse. Les parties découvertes doivent être onctionnées avec de la lanoline ou de l'huile végétale. BERMANN.

Les affections de la peau chez les travailleurs de l'industrie des conserves et les mesures de lutte contre elles, par D. E. KHODOROFF et L. I. FAÏNGOLD. *Recueil des Travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 63-78 (en ukrainien).

Les auteurs ont étudié les dermatoses professionnelles chez 442 travailleurs des deux sexes occupés dans l'industrie des conserves et qui présentent presque tous des lésions cutanées en rapport avec leur travail. Chez 54,4 o/o des travailleurs qui nettoient les poissons on trouve une dermatite surtout à la main gauche. Les autres ouvriers présentent aussi des dermatites, des lésions unguéales, des brûlures, des macérations de la peau, etc. Ces affections s'expliquent par des traumatismes provoqués par le squelette osseux des poissons, le contact et le frottement avec les boîtes de fer-blanc, l'action des solutions acides, le mucus des poissons et le suc des fruits et des légumes. Ces lésions s'infectent et suppurent secondairement dans certains cas. Les ouvriers tombent malades ordinairement au début de leur travail, c'est-à-dire, au cours des premiers jours ou des premières semaines. L'érysipéloïde est assez fréquent chez les ouvriers de l'industrie des conserves.

Afin de parer à cette situation, les auteurs proposent de rendre mécaniques presque tous les procédés de la fabrication des conserves et d'améliorer l'état sanitaire des fabriques. En outre, ils conseillent une bonne organisation de travail, une surveillance permanente de l'hygiène corporelle des travailleurs, une distribution de vêtements et de gants adéquats, une onction des mains avec des graisses neutres et le traitement soigné des lésions cutanées dès leur apparition.

BERMANN.

Les affections professionnelles dues à la variole papuleuse, par D. Chtchasny. E. Eghiz-Fouki, N. Gajanskaïa, A. Grinfeld, N. Ioukhnévitch, W. Jouk, A. Khodoroff, Ch. Koulbatzky, E. Skrotzky, A. Sorokine, A. Stark et M Tisenhausen. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa,* fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 80-128, avec 14 microphotographies et 8 photographies (en ukrainien).

Les auteurs ont étudié d'une manière détaillée les maladies professionnelles chez les travailleurs occupés aux abattoirs d'Odessa et aux entreprises qui en dépendent et qui s'y rattachent pour la fabrication des produits extraits du bétail abattu : usine de catgut, de gélatine, d'extraits endocriniens, etc.

Tout d'abord, ils décrivent les différents services des abattoirs et les conditions de travail qui y sont appliquées. Puis, ils s'arrêtent sur la fréquence des dermatoses professionnelles chez les ouvriers en question, dermatoses consistant en abcès, furoncles, coupures, dermatite, érysipéloïde, charbon, « nodules des trayeurs », etc. Tous ces phénomènes ont été observés avec une fréquence variable selon le genre de travail des ouvriers étudiés. En moyenne, 77 o/o d'ouvriers ont été trouvés porteurs de lésions cutanées diverses.

Ensuite, les auteurs s'arrêtent principalement sur les 47 cas de « nodules des trayeurs » qu'ils ont étudiés longuement. L'épidémie de ces nodules a duré 2 mois et demi et a frappé 21 hommes et 26 femmes. Parmi ces malades, il n'y avait que 4 trayeuses, les autres traitaient les extrémités du bétail sans avoir affaire à des animaux vivants. Presque tous les malades avaient été vaccinés dans l'enfance et revaccinés peu avant l'affection avec résultat positif. Les nodules étaient localisés à la face dorsale des phalanges des 2 mains et étaient au nombre de 1 à 3, de forme hémisphérique à centre déprimé, de diamètre de 1 centimètre, de couleur rouge à liseré violacé, de 2-3 millimètres, de consistance ferme. L'incubation de ces nodules ne dépassait pas une semaine, l'état général du malade n'est pas atteint, les sensations subjectives sont minimes, les glandes rarement engorgées.

L'étude clinique, histopathologique et expérimentale des « nodules des trayeurs » permet aux auteurs de formuler les conclusions suivantes : au début de leur développement, les nodules présentent une dégénérescence ballonneuse et de la raréfaction réticulaire, après quoi se constitue un stade de parakératose et de granulome dans le derme. La source d'infection a toujours été la vache, tandis que l'épidémie d'Odessa était due aux brebis. L'inoculation à la peau du suc d'un élément de langue de brebis a reproduit un nodule typique.

Les « nodules des trayeurs » sont une réaction atypique consécutive à l'inoculation à l'homme du virus de la variole animale. L'étiologie paravaccinale défendue par certains auteurs n'est pas fondée.

Les auteurs, se basant sur leurs expériences personnelles, prouvent

l'étiologie variolique et proposent le terme de « nodules varioliques atypiques » comme plus conforme à la vérité.

Dans le but de prévenir l'apparition de ces nodules et autres dermatoses professionnelles, les auteurs proposent de mécaniser la plupart des procédés afin d'éviter les traumatismes cutanés et l'infection microbienne. L'état sanitaire des entreprises et les conditions hygiéniques des travailleurs doivent être fortement améliorés.

Les ouvriers doivent subir des vaccinations au moins tous les 3 ans et, en cas de maladie, s'adresser de suite au médecin.

Les animaux malades ou même suspects doivent être mis en observation vétérinaire et régulièrement contrôlés. Les mains des travailleurs doivent être désinfectées avec une solution sapo-carbolique à 5 o/o.

BERMANN.

Les dermatoses à la fabrique de tabac, par KHODOROFF. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa,* fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 129-136 (en ukrainien).

L'étude des affections professionnelles chez les ouvriers et ouvrières de la fabrique d'Etat de tabac à Odessa observées de 1925 à 1932 montre leur baisse progressive au fur et à mesure des perfectionnements apportés dans cette industrie par l'emploi des machines et des procédés modernes de la fabrication des tabacs. Les dermatoses observées consistent en phlegmons, furoncles, abcès, eczéma, dermatite, etc., s'observant plus ou moins fréquemment dans telle ou telle autre section de la fabrique, mais de préférence au cours des premières semaines du travail. Ces lésions sont occasionnées par la poussière de tabac et l'huile des machines. Les éléments suppurés contiennent le plus souvent le strepto- et le staphylocoque. Les dermatoses se localisent habituellement aux mains. On observe aussi de l'urticaire qui récidive souvent. Les mains sont teintées en jaune par la poussière de tabac et les ongles sont ternes, cassés, fissurés. L'eczéma revêt un caractère allergique prouvé par l'épreuve des tests cutanés. La prophylaxie consiste naturellement en mécanisation des procédés de travail, en ventilation intense des salles de fabrication, en douches, bains et soins rigoureux de la peau des travailleurs. Les vêtements doivent être hermétiques et ne pas être traversés par les produits nocifs de la poussière tabagique. BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

TUBERCULOSE AIGUË A FORME GRANULIQUE ET SYNDROME ARTICULAIRE AIGU DÉCLANCHÉS PAR L'EMPLOI DES SELS DE TITANE CHEZ UN MALADE ATTEINT DE PSORIASIS ANCIEN, D'ARTHROPATHIES GRAVES MULTIPLES PSORIASIQUES, TUBERCULEUX LATENT IGNORÉ. TOXICITÉ DES SELS DE TITANE A FORTES DOSES

Par MM.

Gabriel PETGES
Professeur
de Clinique
Dermatologique

J. A. LABAT
Professeur de
Toxicologie
et
d'Hygiène appliquée

P. LE COULANT
Ancien Chef
de Clinique
Dermatologique

à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

L'importante « démonstration, par M. R. J. Weissenbach (1), « de la nature tuberculeuse d'un cas de polyarthrite chronique « progressive psoriasique par la découverte et l'isolement du bacille « de Koch dans le liquide articulaire » nous incite à publier le cas suivant, dans lequel une granulie paraît bien avoir suivi une intoxication par les sels de titane appliqués sous forme de pâte, type pâte de Lassar. Il montre que ces sels ne doivent être maniés qu'à petites doses sous peine d'intoxication générale et de complications rénales.

L'emploi des sels de titane préconisés depuis quelques années en thérapeutique dermatologique, sous forme de pommade, n'est pas sans danger dans certaines conditions. Ces pommades spécialisées par diverses maisons, livrées en petits tubes, ne sont guère appliquées que sur des surfaces cutanées limitées.

(1) M. R. J. Weissenbach. Démonstration de la nature tuberculeuse d'un cas de polyarthrite chronique progressive psoriasique par la découverte et l'isolement du bacille de Koch dans le liquide articulaire (Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 14 décembre 1933).

Il importe de savoir, qu'utilisées sur des surfaces étendues, elles sont absorbées et peuvent provoquer des phénomènes toxiques de haute gravité.

L'observation suivante en est un exemple. L'absorption des sels de titane paraît avoir provoqué une néphrite aiguë toxique et donné le branle à une tuberculose latente par un phénomène de biotropisme, selon l'expression de M. Milian. De même la tuberculinothérapie, l'absorption de certains médicaments non toxiques, iodure de potassium par exemple, ont provoqué des évolutions aiguës de tuberculose latente ; c'est bien connu.

Observation. — M. X..., 46 ans, ancien boulanger, présente depuis son enfance un psoriasis rebelle qui a évolué depuis quelques années vers une forme arthropathique déformante douloureuse, et l'a rendu complètement impotent, le condamnant au repos complet et ayant nécessité l'hospitalisation à maintes reprises dans divers services hospitaliers et, en particulier, à la Clinique dermatologique.

Lors de ses précédents séjours dans ce service, il a reçu sans résultats appréciables de nombreux traitements tant locaux que généraux, bains alcalins, au sublimé, pommades à l'huile de cade, à l'huile de cèdre, de goudron de thuya, à la chrysarobine, etc..., sans grande amélioration des nappes de psoriasis, sans aucune influence sur les arthropathies.

Le 10 février 1929, au cours de sa dernière hospitalisation il présente un psoriasis généralisé, irritable, à plaques infiltrées, tenace, rebelle à toute médication et en particulier aux injections de psothanol.

Les lésions classiques sont couvertes de couches épaisses de squames sèches, surtout abondantes sur les avant-bras et la surface d'extension des bras ; sur toute la surface des membres inférieurs où elles sont confluentes et qu'elles recouvrent d'une véritable carapace, ainsi que sur l'abdomen et la région sacro-lombaire.

Le cuir chevelu, la face, ne sont pas épargnés. Seule la partie antérieure du thorax et le dos sont relativement respectés.

Outre ces lésions cutanées, il présente des arthropathies multiples. Dans son ensemble, la colonne vertébrale est soudée. La colonne cervicale est fixée en flexion, si bien que le menton est maintenu contre le thorax et que les mouvements de rotation de la tête étant impossibles, le malade doit se déplacer en entier pour regarder latéralement.

La colonne dorso-lombaire est coudée en arc de cercle, à concavité antérieure, ce qui le maintient dans une position demi-assise dans son lit ; il marche péniblement, le thorax penché en avant. Pour regarder son interlocuteur, il doit compenser l'immobilité de sa colonne vertébrale en fléchissant les genoux et projeter la partie supérieure du corps en arrière.

Les mouvements des articulations temporo-maxillaires sont limités au point que lorsqu'il ouvre la bouche, l'espace interdentaire permet à peine l'introduction d'un abaisse-langue.

Les articulations scapulo-humérales ont des mouvements d'amplitude normale. Mais les épaules sont projetées en avant, ce qui rétrécit et aplatit la partie supérieure du thorax.

Aux mains, le maximum de déformation siège au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et des doigts qui sont soudés. Dans l'ensemble, l'articulation métacarpo-phalangienne forme une concavité dorsale alors que la phalangette amincie et effilée est fléchie sur la phalangine. Le cinquième doigt des deux mains forme une courbe à concavité externe. Les pouces sont un peu fléchis ; leur phalange est subluxée en dedans sur le métacarpien.

Aux membres inférieurs, les grandes articulations ont conservé leurs mouvements presque normaux, seule l'extension est limitée. Les orteils sont déformés en coup de vent et chevauchent. Les phalangettes sont fléchies sur les phalangines. Le gros orteil est déjeté vers le bord externe du pied presque à angle droit sur le métacarpien.

Toutes les articulations sont douloureuses spontanément. Le moindre mouvement est pénible pour ce malheureux. Les mouvements forcés exaspèrent les douleurs.

Au niveau des extrémités, mains et pieds, l'atrophie musculaire est manifeste, les éminences thénar et hypothénar sont considérablement aplaties et mollasses. Les inter-osseux ont disparu en partie, donnant l'aspect de main de cadavre.

Par ailleurs, aucune atrophie musculaire, mais un amaigrissement considérable.

Les réflexes sont difficiles à rechercher par suite des raideurs articulaires.

L'examen des poumons montre une obscurité respiratoire des deux sommets et de l'emphysème généralisé. Rien n'a permis de soupçonner l'existence d'une tuberculose. Peu de toux, pas de crachats, sauf à l'occasion fréquente de poussées de bronchite.

L'examen des autres appareils est négatif. En particulier, il n'existe pas d'albumine dans les urines.

Le 30 mars 1929, devant l'inefficacité des traitements classiques, le patient, qui présente une poussée psoriasique aiguë avec prurit violent et sensations pénibles de picotements et de brûlures, est soumis à des applications quotidiennes de pommade au titane, avec des tubes de spécialités d'abord, sans résultat, puis avec une pommade préparée à l'hôpital, avec un produit très pur, de la formule :

Oxyde de titane porphyrisé...........	25 gr.
Salicylate de titane....................	4 gr.
Lanoline	40 gr.
Vaseline, q. s. pour..................	100 gr.

Le 3 avril 1929, teinte acajou des urines. Albumine : 0 gr. 20.

Le 8 avril 1929, l'éruption est améliorée, le prurit très atténué, le malade est décapé. La température est montée progressivement en quelques jours à 38°-39°. Comme il se plaint de violentes poussées douloureuses au niveau des genoux, des poignets et des doigts, on lui prescrit une potion contenant 4 grammes de salicylate de sodium, et des enveloppements ouatés avec une pommade au salicylate de méthyle.

Le 9 avril 1929, l'analyse des urines émises la veille révèle la présence de 7 gr. 20 d'albumine, avec nombreux leucocytes, des hématies et quelques cylindres hyalins. Il s'agit donc d'une néphrite aiguë.

L'hypothèse d'une intoxication pouvait se poser. Les urines contiennent une forte proportion d'acide salicylique que nous étions tentés de rapporter à l'absorption du salicylate de sodium, tout en réservant l'hypothèse de son origine liée aux onctions de pommade au salicylate de titane. La preuve de cette origine ne put pas être faite, en ce moment, le malade ayant été soumis, durant un jour, à la médication salicylée sodique, qui est cessée.

Les urines ont toujours leur couleur acajou :

Quantité	750 cc.
Urée par litre....................	5,5
Chlorures	5.5
Albumine	6 gr.

Urobiline : forte quantité.

Dans le sédiment : hématies et leucocytes, cylindres hyalins.

Acide salicylique non recherché.

La bouche est en mauvais état, l'haleine est fétide ; il existe une stomatite intense, avec hémorragies gingivales, dont l'examen est rendu impossible par l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. Épistaxis.

Les applications de pommade au titane sont interrompues et le malade ne prend plus la moindre dose de salicylate de sodium.

Le 11 avril 1929, examen des urines :

Quantité	750 cc.
Albumine	1 gr. 10

Présence d'acide salicylique avec assez nombreux leucocytes et hématies.

Les jours suivants, l'albumine oscille autour de 0 gr. 70 et tombe le 20 avril à 0 gr. 40. La température est redevenue normale. Les douleurs violentes articulaires ont disparu. L'acide salicylique a disparu depuis le 18 avril 1929.

Le 20 avril 1929, en présence de la cessation rapide de tous les signes de complication, reprise des applications de la pommade au titane. Examen des urines :

Quantité	1.300 cc.
Albumine	0 gr. 40

Acide salicylique non recherché.

Le 21 avril 1929, après une seule journée d'onction à la pommade on trouve :

Quantité .... 1.500 cc.
Albumine .... 0 gr. 40

Traces impondérables d'acide salicylique.

Le 22 avril 1929 :

Quantité .... 1.100 cc.
Albumine .... 0 gr. 30

Présence d'acide salicylique, traces nettes.

Le 23 avril 1929 :

Quantité .... 1.350 cc.
Albumine .... 0 gr. 90

Fortes traces d'acide salicylique.

Les urines ont repris leur teinte acajou.

Le malade se plaint de dysphagie avec sécheresse de la gorge. Les épistaxis recommencent.

Les douleurs articulaires généralisées sont violentes, les articulations des membres sont plus tuméfiées avec hydarthrose.

La température est montée progressivement à 39°.

Le 24 avril 1929 :

Quantité .... 1.300 cc.
Albumine .... 1 gr. 30

Traces fortes d'acide salicylique, présence d'hémoglobine.

Le 25 avril 1929 :

Quantité .... 1.000 cc.
Albumine .... 1 gr. 80

Présence d'hémoglobine, traces faibles d'acide salicylique.

Le 26 avril 1929 :

Quantité .... 1.000 cc.
Albumine .... 1 gr. 40

Traces d'acide salicylique.

Le 27 avril 1929, la température est descendue à 37°5. Le malade se plaint toujours de sécheresse de la gorge et expectore difficilement quelques crachats hémoptoïques.

Quantité .... 1.000 cc.
Albumine .... 1 gr. 40
Acide salicylique 0

Les deux sommets sont mats. L'auscultation décèle de nombreux râles ronflants et sibilants qui encombrent les deux poumons.

En présence de cette augmentation de l'albumine, on cesse les applications de la pommade au titane, mais désormais, nous ne sommes plus maîtres des événements.

Le 28 avril 1929 :

Quantité .... 1.200 cc.
Albumine .... 1 gr. 10

Traces infimes d'acide salicylique.

Le 29 avril 1929, X... est plus fatigué, sa respiration est difficile. Il ne tousse pas mais expectore avec difficulté quelques gros crachats brunâtres très adhérents au crachoir.

La température est en plateau 39°4.

A l'auscultation, toujours des râles ronflants et sibilants dans l'ensemble du poumon, mais des râles sous-crépitants fins apparaissent au sommet et à la partie moyenne du poumon gauche. A droite, les signes sont plus discrets.

Aux deux bases, il existe des frottements pleuraux.

La tension au Pachon est de :

Mx : 10.

Mn : 5.

Io : 5.

Urée dans le sang...............	1 gr. 40
Albumine dans les urines..........	1 gr. 25

Présence d'acide salicylique, traces faibles. Il n'y a ni œdème, ni myosis.

Le 30 avril 1929 :

Quantité	1.300 cc.
Albumine	0 gr. 80

Présence d'acide salicylique. Urée dans le sang : 0 gr. 80.

Le 1er mai 1929 :

Quantité	1.200 cc.
Urée par litre....................	20 gr.
Phosphates	1 gr. 20
Chlorures	2 gr.
Albumine	1 gr. 20

Il n'y a plus d'acide salicylique. Urée dans le sang : 0 gr. 65.

Le 2 mai 1929, à 4 heures de l'après-midi, le malade est brusquement pris de délire. Ses pupilles sont en myosis. Le réflexe cornéen est presque aboli. Il est en polypnée : on compte 50 respirations à la minute avec battements des ailes du nez, pincées et froides, lèvres cyanosées.

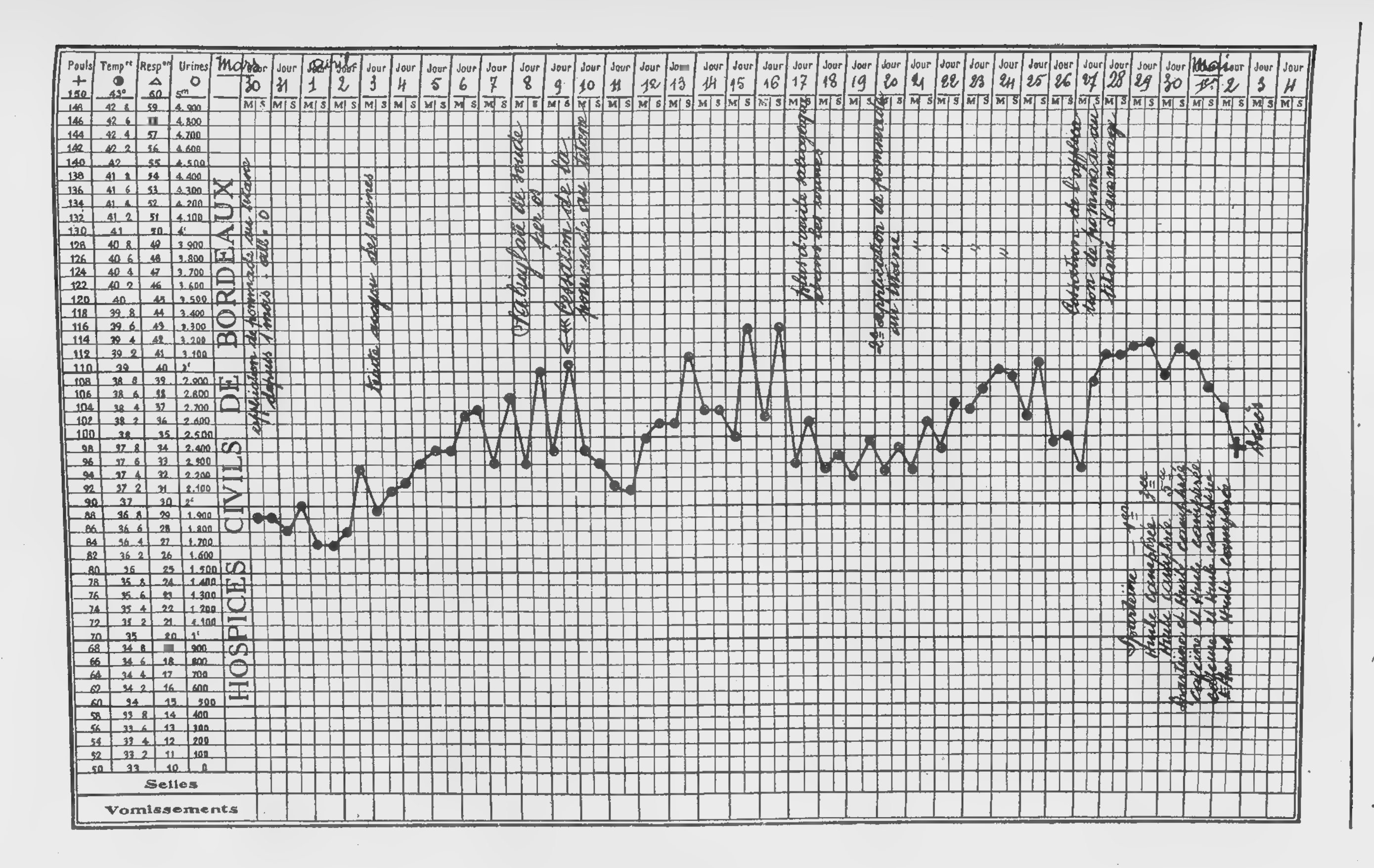
Les yeux sont excavés, le facies livide.

Le délire dure une demi-heure environ, un coma complet lui fait suite et le malade meurt à 7 heures et demie du soir.

L'examen des crachats, qui a été pratiqué le 29 avril (Dr Pauzat) a montré qu'ils ont l'aspect de fausses membranes sanglantes. Leur analyse cytologique montre de nombreux polynucléaires en dégénérescence granulo-graisseuse et des hématies, avec une flore microbienne abondante : pneumocoques et streptocoques surtout. La recherche du bacille de Koch est positive ; rares bacilles (1 par 5 champs).

Nécropsie, le 3 mai 1929.

Il existe une symphyse pleurale presque complète des deux sommets ;


HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX
Pouls
Temp^re
Resp^on
Urines
Selles
Vomissements
Mars
Avril
Mai
Décès

adhérences à la partie moyenne gauche. Autre symphyse de la base gauche.

Les lobes supérieurs des deux poumons ont une coloration gris bleuté sur laquelle se détachent de très nombreuses granulations tuberculeuses blanchâtres.

Les lobes inférieurs sont rouges, lie de vin, avec quelques granulations.

La coupe verticale des poumons met en évidence une tuberculose miliaire aiguë typique.

Il existe également une médiastinite bilatérale importante avec grosse adénopathie trachéo-bronchique. On ne trouve pas de lésions microscopiques du cœur.

Le foie est de volume normal, en dégénerescence graisseuse et ne contient pas macroscopiquement de lésions bacillaires.

La rate, de coloration normale, est un peu augmentée de volume.

Le péritoine et les intestins ne contiennent pas de granulations.

Les reins sont légèrement augmentés de volume, un peu congestionnés. A la coupe, ils ont une coloration normale et ne présentent pas de lésions microscopiques.

*Examen microscopique des fragments prélevés pendant la nécropsie par le D*r *Mougneau, chef du laboratoire.*

Poumons. — Le poumon est bourré de granulations miliaires tuberculeuses qui apparaissent comme de petits nodules de dimensions variables à contours anguleux orientés quelquefois autour de petits vaisseaux congestionnés. Le centre de ces granulations est caséeux. Autour du caséum, cellules épithélioïdes et cellules géantes, puis couronne de cellules lymphocytoïdes. On a pu colorer des bacilles tuberculeux dans les coupes. Les fibres élastiques sont dissociées et dans la granulation elles ont disparu ou il n'en reste que quelques débris. Les alvéoles pulmonaires qui n'ont pas été envahies par les lésions miliaires sont remplies de fibrine amorphe et d'éléments cellulaires : grosses cellules vésiculeuses (macrophages) en voie de dégénérescence, éléments nécrosés réunis en masses amorphes.

Plèvre. — Épaississement de la plèvre avec végétations d'aspect villeux. Dilatation et congestion des vaisseaux. Le tissu conjonctif est le siège d'une infiltration en traînées de lymphocytes. On ne voit pas de follicules tuberculeux typiques.

Foie. — Foie gras, tuberculeux. Il ne subsiste que de très rares travées cellulaires normales. Dans sa totalité, le foie présente une dégénérescence graisseuse très marquée, intéressant tout le lobule. Au début, les cellules se chargent de fines gouttelettes de graisse qui ne tardent pas à confluer, formant une grosse vacuole puis détruisant entièrement la cellule. Les espaces portes sont légèrement sclérosés. Des follicules tuberculeux ont pour ainsi dire farci l'organe.

Rate. — Rate tuberculeuse avec très nombreux follicules. Le tissu lymphoïde est complètement détruit.

Ganglion lymphatique. — Ganglion en voie de sclérose. Des bandes de tissu conjonctif tendent à l'atrophie des follicules. On n'a pas vu de follicules tuberculeux sur les coupes.

Peau. — Hyperkératose avec parakératose en certains points. Disparition de l'éléidine. Pas d'épaississement de la couche épineuse. L'épiderme est plutôt aminci. Derme fibreux constitué par des trousseaux de fibres collagènes. Pas d'infiltration de cellules migratrices à ce niveau. Vaisseaux à parois épaisses, fibreuses. Pas de modifications des glandes sudoripares.

Reins. — Les glomérules sont de dimensions et de structure variables. Certains ont un léger épaississement de la capsule de Bowmann. D'autres sont sclérosés (symphyse glomérulo-capsulaire). On ne voit pas d'état congestif des autres glomérules. Les tubes contournés présentent des altérations probablement cadavériques. Vaisseaux souvent dilatés et congestionnés. Pas de follicules tuberculeux.

Surrénales. — Les surrénales contiennent des follicules tuberculeux.

Indications relevées sur le registre d'analyse.

Dates	Albumine par litre	Acide salicylique	Titane
8 avril	7,20	non recherché	sur 100 et 200 cm³
9 —	6,00	id.	
11 —	1,10	présence	o
12 —	0,50	non recherché	
15 —	0,70	id.	
16 —	0,60	o	
18 —	0,70	o	
19 —	0,80	non recherché	
20 — reprise de la pommade au Titane	0,40	id.	
21 —	0,40	traces impondérables	
22 —	0,30	traces nettes	
23 —	0,90	fortes traces	
24 —	1,30	traces fortes. Présence d'hémoglobine	sur 100 et 200 cm³
25 —	1,80	traces faibles	
26 —	1,40	traces	o
27 — cessation de la pommade au Titane	1,40	o	
28 —	1,10	traces infimes	
29 —	1,25	traces faibles	
30 —	0,80	présence	
1er mai	1,20	o	

Recherche du titane dans l'urine (par le Professeur Labat).

« Sans avoir eu encore connaissance du travail de G. Bertrand et « de Mlle Voronka-Spirt sur la présence du titane dans les organes « animaux et dans les plantes phanérogammes (1) dont la première « publication date du mois de juin 1929, le titane a été recherché « dans l'urine à l'aide d'un procédé presque identique à celui qu'ont « utilisé ces auteurs. Il consiste à rechercher le titane dans les cendres « en utilisant la réaction de Schönn (2).

« Un premier essai a été pratiqué avec 100 centimètres cubes d'urine : « cette dernière est évaporée à siccité au bain-marie, le résidu sec, inti- « mement mélangé avec le dixième de son poids de magnésie calcinée, « est incinéré à cendres blanches. Ces dernières sont solubilisées dans « 5 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré pur. La solution « obtenue est additionnée de 0 cc. 5 d'eau oxygénée à 12 volumes. Dans « le cas de la présence du titane, il doit se développer une coloration « jaune orangé, due à la formation d'acide pertitanique. Résultat « négatif.

« Un second essai a été pratiqué sur le résidu de l'évaporation de « 200 centimètres cubes d'urine et les cendres ont été reprises encore « par 5 centimètres cubes d'acide sulfurique. Résultat négatif.

« D'après les essais de Bertrand et Voronka-Spirt, on peut ainsi « déceler 0 mgr. 03 de titane. Comme on a opéré sur 200 centimètres « cubes d'urine, cela prouve que, si cette dernière contenait du titane, « c'était à une dose inférieure à 0 mgr. 15 par litre.

Recherche de l'acide salicylique.

« Cette recherche a été effectuée en suivant la technique employée « par Blarez pour la recherche de l'acide salicylique dans le vin : « 20 centimètres cubes d'urine étant mesurés dans une boule à décan- « tation, ajouter 3 gouttes d'acide chlorhydrique pur et 30 à 35 centi- « mètres cubes de benzène, le recueillir après agitation et repos, dans « une seconde boule à décantation propre, ajouter 3 centimètres cubes « d'eau distillée et agiter pour laver le benzène. Après repos, décanter « ce dissolvant et le filtrer dans un tube à essais. Ajouter 1 centimètre « cube d'eau distillée, puis 1 goutte de solution neutre de perchlorure « de fer officinal étendu à 1/10e et agiter. Après repos, la couche « aqueuse est plus ou moins violette, s'il y a de l'acide salicylique dans « l'urine.

« Avec 2 milligrammes par litre, la réaction est faible, mais non « douteuse. En conséquence, quand on a accusé des traces d'acide

(1) *C. R.*, t. CLXXXVIII, 1929, p. 1100 ; *C. R.*, t. CLXXXIX, 1929, p. 73.
(2) *Zeits. f. anal. chem.*, t. IX, 1871, pp. 41 et 330.

« salicylique, il s'agissait d'une dose voisine de 2 milligrammes par « litre. Le mot « présence » s'applique à une dose nettement supérieure.

« C'est après l'insuccès de la recherche du titane que j'ai pensé à « rechercher l'àcide salicylique (11 avril). La réaction a été très posi- « tive ; mais le malade prenait du salicylate de sodium. C'est alors « que, cessant l'emploi de ce médicament et celui de la pommade, « l'acide salicylique a disparu.

« Les applications de pommade reprises le 20 avril, dès le 21, l'acide « salicylique reparaît ; mais à l'état de traces (2 mgr. par litre envi- « ron) pour augmenter vers la fin (30 avril-1er mai) dose supérieure « à 2 mgr. par litre.

« On peut penser :

« *a*) Ou bien le salicylate de titane était dissocié au point d'applica- « tion et l'acide salicylique seul absorbé et éliminé.

« *b*) Ou bien le salicylate de titane était absorbé, le titane fixé par les tissus et l'acide salicylique éliminé seul.

« *c*) Ou bien les deux éléments étaient éliminés, au moins en partie, « et à dose si faible pour le titane qu'on n'a pas pu le déceler. »

Il ressort de cette observation que les sels de titane, introduits en thérapeutique par J. Métadier (1), ne sont pas inoffensifs comme l'oxyde de zinc et doivent être employés à petites doses, comme elles le sont dans les préparations présentées aux médecins par les laboratoires pharmaceutiques et comme l'a fait le professeur Nicolas dans ses intéressantes recherches sur l'emploi du titane en Dermatologie (2).

Ce sel isolé en 1791 par Max Grégor. rangé dans les terres rares, est employé dans « la fabrication des peintures et pour le remplissage dans la vulcanisation du caoutchouc » (Métadier) (1).

Notre cas montre que l'on peut se demander si dans l'industrie, il ne convient pas de prendre des précautions pour le manipuler.

Nous avions lu que « la toxicité du titane est nulle » (1) et notre observation montre qu'absorbé par la peau il peut toucher le rein et l'organisme, probablement surtout quand il est employé à doses élevées. M. Métadier (1) a pu absorber, par voie buccale, divers sels de titane, sans aucun inconvénient, et a pu retrouver le titane

(1) J. Métadier. Sur l'introduction d'un nouveau corps en thérapeutique : « le titane ». Communication due à la Société de Médecine de Paris, 11 mai 1928.

(2) J. Nicolas et Lebœuf. Sur l'emploi des sels de titane en Dermatologie. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1923.

dans ses urines. De même, on absorbe sans danger de l'oxyde d'étain dans la furonculose et on connaît cependant des cas nets d'intoxication par l'étain. Affaire d'idiosyncrasie, comme il en est pour l'iode et les iodures.

C'est un antiprurigineux, mais il semble, d'après notre cas, qu'il ne doive être utilisé que sur des surfaces limitées comme y invitent les préparations de volume sagement réduit, répandues en pharmacie. Comme pour beaucoup de médicaments, la pratique fixera les doses utiles et non nuisibles et nos constatations n'infirment pas les résultats obtenus et signalés.

La question d'intoxication nous paraissant certaine chez notre malade ; il est évident qu'elle a provoqué une poussée d'arthrites aiguës fébriles, au cours d'un rhumatisme chronique chez un psoriasique, avec néphrite aiguë, albuminurie élevée et une granulie consécutives.

La fluxion articulaire était-elle d'ordre bacillaire ? Il est difficile de le dire en l'absence d'examen histologique des synoviales qui n'a malheureusement pas été fait. En tout cas, la tuberculose aiguë granulique paraît bien avoir été déclenchée par l'intoxication. Sans doute était-elle imminente et aurait-elle entraîné la mort dans un délai plus ou moins long, mais elle a suivi l'intoxication avec une singulière rapidité.

En dehors de la question médicamenteuse et du rôle des sels de titane dans l'évolution d'une tuberculose latente, cette observation vient à l'appui de l'origine, soupçonnée par maints auteurs au point de vue clinique, des arthropathies psoriasiques, que nous avons soutenue en 1913 (1). Nous avions considéré que le malade alors étudié, atteint de psoriasis, avec grand syndrome arthropathique, présentait un type de rhumatisme tuberculeux de Poncet et Leriche.

L'observation que nous relatons vient à l'appui de cette idée. Sa publication est opportune au moment où Weissenbach vient de fournir la preuve de cette origine, par la constatation de la présence du bacille de Koch dans les arthropathies psoriasiques.

(1) G. Petges et Desqueyroux. Tuberculose inflammatoire et Psoriasis. *Annales de Dermatologie et de Syphil.*, 1913, p. 129.

NOUVELLES ÉTUDES SUR LA RÉACTION DE DESMOULIÈRE

Par

R. J. WEISSENBACH
Médecin
de l'hôpital Broca.

G. BASCH
Médecin
des Hôpitaux de Paris.

J. MARTINEAU
Chef de Laboratoire
à l'hôpital Broca.

Peu de méthodes de diagnostic, peu de procédés de laboratoire ont le bonheur d'échapper à la critique ; la réaction de Desmoulière ne fait pas exception à cette règle. Là, comme en toutes choses, ses aveugles partisans lui ont nui davantage que ses ennemis les plus acharnés ; les premiers ont, en effet, soulevé une juste méfiance en insistant à l'excès sur l'extrême sensibilité de la réaction et en la prétendant, de ce fait, le seul critère de l'infection syphilitique, celui sur lequel on doit se baser uniquement pour mettre en œuvre le traitement, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou héréditaire. C'est sur ce même terrain que se sont placés les détracteurs de la réaction de Desmoulière; confrontant la clinique, les autres réactions sérologiques et la réaction de Desmoulière, ils l'ont accusée d'un excès de sensibilité allant jusqu'à l'absence de toute spécificité ; en suivant aveuglément et uniquement les indications qu'elle donne, on s'expose, disent-ils, à condamner à un traitement inopportun des adultes sains ou des enfants indemnes de toute tare, on démoralise inutilement des familles, on prolonge pendant toute une existence des traitements superflus. Telles sont les deux thèses en présence.

Il y a plus de 20 ans, l'un de nous, alors interne du Professeur Gaucher, à la Clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Louis, en a appris la technique auprès de Desmoulière, chef de laboratoire. Depuis, il a toujours utilisé cette méthode conjointement aux réactions de Bordet-Wasserman et de Hecht pour le

séro-diagnostic de la syphilis. Lorsqu'il prit, en 1928, comme chef de service à l'hôpital Broca, la direction des salles de vénériens et du dispensaire anti-syphilitique annexé, il pensa faire une nouvelle étude critique de la réaction de Desmoulière, dans les conditions exceptionnellement favorables que réalise le fonctionnement d'un service et d'un dispensaire fréquentés par un très grand nombre de malades.

Ce sont les conclusions de cette étude que nous présentons ici en résumant quelques-unes des observations qui lui servent de base. Les observations détaillées que nous avons recueillies ont été publiées dans la thèse de notre élève Lopez-Ruiz (1).

CONDITIONS PRÉALABLES A L'APPLICATION CORRECTE DE LA RÉACTION DE DESMOULIÈRE

Tout d'abord, pour apprécier correctement les données de la réaction de Desmoulière, comme de toute autre réaction de laboratoire, il faut être assuré que la technique en a été impeccable. Il peut paraître superflu d'énoncer ce premier postulat, et pourtant, combien de résultats de laboratoire décevants ou contradictoires sont imputables, non au principe de la réaction, mais à sa technique. Sans nous étendre longuement sur celle-ci, ce qui sortirait du cadre de ce travail, disons qu'il n'y a lieu de tenir compte que des réactions pratiquées par un sérologiste éprouvé.

En effet, la réaction de Desmoulière demande des titrages préalables d'une précision rigoureuse pour donner des résultats spécifiquement valables. Ces dosages porteront sur les différents éléments qui entrent dans la réaction et n'excluront pas la nécessité de faire, pour chaque groupe de réactions, un contrôle concernant chaque élément.

Nous avons toujours utilisé l'antigène Desmoulière d'origine, qui a une valeur antigénique constante pour un même lot d'antigène. L'antigène que nous avons fabriqué nous-même selon la technique de Desmoulière nous a donné également toujours satisfaction,

(1) LOPEZ RUIZ. Sur la réaction de Desmoulière : sa sensibilité, sa précocité, sa spécificité. *Thèse de Paris*. Legrand, édit., 1933.

mais il n'en a pas été de même avec certains antigènes vendus dans le commerce sous le nom d'antigène Desmoulière et avec lesquels on s'expose aux plus graves mécomptes.

Nous considérons comme indispensable d'effectuer les titrages suivants :

1° Déterminer une fois pour toute la valeur antigénique et le titre d'un même lot d'antigène. On opérera par comparaison avec un antigène connu en présence de sérums témoins connus et déjà étudiés et de doses d'alexine et de sérum antimouton déjà établies.

2° Le titrage du sérum antimouton aura été effectué dans les mêmes conditions une fois pour toutes en présence d'antigène. On se bornera à vérifier de temps en temps si le titre reste le même.

Le titrage qui devra être répété pour chaque lot de réactions sera le titrage du complément. Ce dosage s'effectuera toujours en présence d'antigène. L'hémolyse devra être totale dans un temps déterminé. Cela revient en somme à effectuer avant chaque réaction une réaction complète sans sérum humain. Pour chaque lot de réactions, nous insistons sur la nécessité de faire des tubes contrôle multiples, concernant l'antigène, le complément, le sérum antimouton. Ces précautions, qui ne demandent pas un temps considérable, permettent d'écarter de nombreuses causes d'erreur.

En second lieu, il ne faut pratiquer le prélèvement du sang que chez un sujet à jeun. Le sérum, chyleux ou non, recueilli au cours de la digestion étant susceptible de donner des résultats erronés. Un grand nombre de médecins et même quelques sérologistes négligent cette précaution élémentaire.

En troisième lieu, il nous paraît bien imprudent de n'utiliser qu'une seule réaction. Si on fait choix d'une réaction trop peu sensible, on péchera par défaut; à n'user que de la seule réaction de Desmoulière, on pourra s'exposer à pécher par excès. Ses résultats seront donc confrontés avec les réactions de Bordet-Wassermann type et de Hecht. Il sera préférable d'y associer, en outre, la réaction de Vernes ou, à son défaut, la réaction de Kahn (1). Quant à la réaction de Sciarra, annoncée par son auteur comme la plus sensible et la plus fidèle, nous n'avons pu la considérer

(1) R. J. Weissenbach et G. Basch. Les traitements de la syphilis. *Collection des actualités de médecine pratique.* Doin et Cie éditeurs, Paris, 1934.

comme utile, ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic, ni pour la conduite du traitement de la syphilis (1).

Enfin, est-il besoin de dire que, dans tous les cas, le médecin confrontera les résultats du laboratoire et de la clinique et que, s'il y a contradiction entre les résultats de l'une et de l'autre, il fera répéter à plusieurs reprises les réactions de laboratoire afin de se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, de toute faute de technique ou d'une anomalie vraie, comme par exemple d'une réaction sérologique tardive.

Ces restrictions étant faites, ces conditions étant réalisées, nous envisagerons les résultats de la réaction de Desmoulière pratiquée systématiquement chez le syphilitique, en nous conformant au plan suivant :

1° La réaction de Desmoulière dans la période pré-humorale de la syphilis. Sa précocité vis-à-vis des autres réactions.

2° La réaction de Desmoulière comme critère de l'efficacité du traitement.

3° La réaction de Desmoulière dans la syphilis à Bordet-Wassermann négatif.

4° La réaction de Desmoulière dans la syphilis acquise.

5° La réaction de Desmoulière dans l'hérédo-syphilis.

6° La réaction de Desmoulière chez la femme enceinte.

Ayant envisagé ces divers cadres dans lesquels nous pensons que doivent rentrer la totalité des cas observés, nous formulerons les conclusions que nous pensons pouvoir tirer de l'étude des faits (2).

(1) R. J. Weissenbach et J. Martineau. Etude sur la valeur de la séro-réaction de Sciarra dans le diagnostic, le pronostic et la direction du traitement de la syphilis. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7e série, t. III, n° 7, juillet 1932, pp. 593-617 et 7e série, t. IV, n° 11, novembre 1933.

(2) Nous utilisons la notation suivante dont voici la correspondance avec l'échelle d'hémolyse de Vernes :

— — — — soit H : 8, soit hémolyse totale, soit réaction négative ;
— — — ± soit H : 7 ;
— — — + soit H : 6 ;
— — ± + soit H : 5 ;
— — + + soit H : 4 ;
— ± + + soit H : 3 ;
— + + + soit H : 2 ;
± + + + soit H : 1 ;
+ + + + soit H : 0, soit hémolyse absolument nulle, positif. Nous avons ainsi tous les degrés entre H 8 négatif total et H 0 positif total.

1° La réaction de Desmoulière dans la période pré-humorale de la syphilis. Sa précocité vis-a-vis des autres réactions

Il est inutile d'épiloguer sur l'intérêt qu'il y a à saisir le plus tôt possible l'apparition d'une séro-réaction positive. L'avenir du malade (tous les auteurs s'accordent sur ce point) dépendant de la *précocité du traitement*, donc, de la précocité du diagnostic. Le traitement idéal est donc celui qui attaque la maladie aux premiers jours du chancre ; mais il est toute une série de cas dans lesquels le médecin se voit dans la nécessité d'attendre, pour traiter, l'apparition d'une séro-réaction positive : tels sont les cas dans lesquels le malade consulte tardivement, par négligence, par ignorance, par la faute d'un médecin insuffisamment instruit : il présente une lésion douteuse, indurée, mais cicatrisée, et sur laquelle il n'est pas possible de recueillir la moindre sérosité pour l'examen à l'ultra-microscope. Parfois aussi le tréponème a disparu de la surface du chancre désinfecté, ou ayant subi des traitements locaux excessifs. Parfois encore, il s'agit d'un chancre mixte : l'examen à l'ultra-microscope est négatif, le frottis met en évidence le strepto-bacille de Ducrey, les ganglions sont empâtés, avec péri-adénite ; et cependant ne garde-t-on pas toujours une arrière-pensée ? Dans tous les cas, on pratique la séro-réaction à intervalles très rapprochés et la nécessité d'une séro-réaction fidèle et précoce s'impose. Il est aussi des chancres atypiques extra-génitaux qu'on a d'abord soignés comme une affection banale, et qui n'excitent le soupçon que lorsque l'époque du diagnostic ultra-microscopique est passée : tel est le chancre du doigt ou de la conjonctive par exemple.

Enfin, une des applications les plus usuelles des séro-réactions rapprochées faites en série est la surveillance du ou de la partenaire d'un sujet présentant des lésions contagieuses. Tout spécialement chez la femme chez qui, en dépit de la surveillance clinique la plus attentive, l'accident primitif passe si souvent inaperçu, il est capital de déceler le plus tôt possible le moment où la séro-réaction vire vers la positivité.

Or, il ressort des observations suivantes que la réaction de Desmoulière se montre *positive* avant les autres réactions ou plus fortement positive quand celles-ci commencent à le devenir :

Obs I. — (N° 88-109). Le malade S... présente un chancre balano-préputial datant d'une semaine environ. Le 2 avril 1931, le B.-W. et le H. sont négatifs, la R. D. est + +. Un nouvel examen sérologique pratiqué le 8 avril est positif pour les trois réactions.

Obs. II. — (N° 90-163). Le malade B... présente des érosions suspectes du gland dont le début est imprécis. Le 23 janvier 1932, le B.-W. et le H. sont négatifs, la R. D. est + + ; un nouvel examen sérologique pratiqué une semaine plus tard donne les résultats suivants : B.-W. et H. + +, R. D. + + + +.

Obs. III. — (N° 92-109). Le malade T... présente un chancre balano-préputial récent ; ultra + +, B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. IV. — (N° 92-107). La malade B... consulte le 17 octobre 1932 pour un chancre de la fourchette apparu récemment. Ultra positif, B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. V. — M. S... entre en salle le 9 juin 1931, présentant une lésion suspecte du sillon balano-préputial. Ultra négatif, B.-W. et H. et R. D. nég. Le 18 juin : ultra +, B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. VI. — M. B... Chancre datant de 15 jours ; première sérologie : B.-W. et H. nég., R. D. + +. Trois jours plus tard : B.-W. nég., H. + +, R. D. + + + +, Sciarra négatif.

Obs. VII. — Mme B... (femme du précédent) (1) ne présente aucun signe de syphilis. Voici le résultat des examens sérologiques pratiqués en série :

— Le 26 octobre 1931 : B.-W. nég., H. nég., R. D. +, Sciarra nég. ;
— Le 28 octobre 1931 : B.-W. et H. nég., R. D. + +, Sciarra nég. ;
— Le 30 octobre 1931 : B.-W. +, H. + +, R. D. + + + + Sciarra +.,

Obs. VIII. — (N° 93-10). Consulte le 29 novembre 1932 pour une ulcération du sillon balano-préputial avec bubon inguinal droit douloureux. Ultra nég., I. D. au Dmelcos pos.

— Le 5 décembre : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég. ;
— Le 14 décembre : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég ;
— Le 21 décembre : B.-W. nég., H. nég., R. D. + + ;
— Le 28 décembre : B.-W. + +, H. + +, R. D. + + + +.

Obs. IX. — (N° 93-8). 2 exulcérations : l'une du sillon balano-préputial, l'autre du fourreau. Ultra négatif, I. D. au Dmelcos +.

(1) Ces deux observations figurent dans le mémoire déjà cité : R. J. Weissenbach et Martineau. *La valeur de la séro-réaction de* Sciarra.

— 1er décembre : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég. ;
— 14 décembre : B.-W. +, H. +, R. D. + + ;
— 22 décembre : B.-W. + +, H. + +, R. D. + + + +.

Obs. X. — O... (N° 93-16) : ulcération préputiale datant de 6 jours environ. Ultra négatif.
— 11 janvier 1933 : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég.
— 17 janvier : B.-W. nég., H. nég., R. D. + ;
— 19 janvier : B.-W. + +, H. + +, R. D. + + + +.

Obs. XI. — D... chancre de l'anus.
— 10 septembre : B.-W. nég., H. nég., R. D. + + ;
— 18 septembre : B.-W. + + + +, H. + + + +, R. D. + + + +.

Obs. XII. — B... présente le 26 octobre plusieurs chancres de la verge. Ultra ? B.-W. nég., H. nég., R. D. + + + +.
2 novembre : B.-W. +, H. + +, R. D. + + + +.

Obs. XIII. — S... lésion suspecte du sillon balano-préputial ; ultra négatif.
— 9 juin 1931 : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég. ;
— 15 juin 1931 : B.-W. nég., H. nég., R. D. + +.

Obs. XIV. — Mlle M... a eu des rapports avec un sujet atteint de chancre syphilitique ; érosion douteuse du col utérin, érosion banale de la fourchette, ultra négatif.
— Le 8 avril 1933 : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég. ;
— Le 11 août 1933 : B.-W. ?, H. + +, R. D. + + + +.
— Le 16 août 1933 : B.-W. ?, H. + + + +, R. D. + + + +.

Obs. XV. — Dr X..., lésion suspecte du point lacrymal avec adénopathie prétragienne.
— 22 août 1930 : B.-W. nég., H. ?, Des. + +.
— 26 août 1930 : B.-W. ? H. + +, Des. + +.
— 28 août 1930 : B.-W. + +, H. + + + +, Des. + + + +.

Voilà donc une série de quinze observations succinctes, mais précises, et dont se dégage la conclusion suivante : la réaction de Desmoulière est plus précoce et plus sensible que les réactions de Hecht et de Wassermann, soit qu'elle devance les deux autres réactions, soit qu'elle l'emporte en intensité sur celles-ci. Notons combien elle est précieuse dans les cas de surveillance systématique d'un sujet ayant eu des rapports avec un partenaire malade (obs. XIV,

obs. VII), dans les cas de chancre mixte (obs. VIII), dans le cas de chancres extra-génitaux atypiques (obs. XV).

Cela dit, il nous est impossible aussi bien de préciser la date à laquelle la réaction de Desmoulière devient positive (rien sans doute n'est plus variable) que de chiffrer de combien de jours elle est « en avance » sur les réactions moins sensibles. Elle peut l'être de sept ou huit, mais le serait-elle seulement de trois ou quatre, que le renseignement précieux qu'elle fournirait ainsi suffirait amplement à justifier son emploi.

2° La réaction de Desmoulière, critère de l'infection syphilitique au cours du traitement de la syphilis récente

Apparaissant la première en date, la réaction de Desmoulière vire plus lentement à la négativité et ne disparaît qu'après les réactions de Hecht et de Wassermann. Les observations suivantes témoignent de cette sensibilité grâce à laquelle la réaction de Desmoulière constitue un critère précieux de l'action du traitement et un test de guérison qu'il est nécessaire de consulter conjointement aux autres réactions.

Obs. XV *bis*. — S... 27 ans, a eu un rapport suspect le 21 novembre 1932 ; 5 jours plus tard, chancre balanique qu'accompagne bientôt une adénite inguinale droite.

Ultra négatif le 29 novembre, I. D. au Dmelcos +, toutes réactions sérologiques négatives.

Le malade entre en salle, on institue un traitement au Dmelcos intraveineux, tout en le surveillant cliniquement et sérologiquement : au bout d'un mois, les trois réactions deviennent nettement + (la R. D. ayant précédé les 2 autres). Un traitement par le cyanure de mercure quotidien et par le novarsénobenzol est aussitôt institué, qui négative rapidement les réactions de B.-W. et de H., alors que la *R. D. apparue la première, disparaît la dernière après un mois de traitement.*

Obs. XVI. — H... 24 ans, a un rapport suspect le 5 novembre 1932 et présente deux chancres du gland : ultra négatif, I. D. au Dmelcos positive, B.-W., H. et D. négatifs, on institue un traitement au Dmelcos. Le 14 décembre la sérologie étant devenue positive, on institue un traitement intensif mixte (cyanure de mercure quotidien et novarsénobenzol). Le 10 janvier 1933, au 66e jour de l'infection, l'examen sérologique donne les résultats suivants : B.-W. nég., H. nég., R. D. + + + +.

CONTAGION 5 NOVEMBRE 1932
CHANCRE 15 NOVEMBRE
CONSULTE 1 DÉCEMBRE — Entre en salle — intradermo D+++

Jours d'infection	Date	35 36 37 38 39 40 41	Traitement	Dose
27	2	BWn Hn Dn	D métros	225
28	3			
29	4			
30	5		D	225
31	6			
32	7		D	335
33	8			
34	9		D	450
35	10			
36	11			
37	12		D	550
38	13			
39	14	BW+, H+ D++	D	675
40	15			
41	16		CYANURE DE MERCURE	1cc
42	17			
43	18			
44	19			
45	20		NOVAR (914)	0,75
46	21		CYHG	1cc
47	22	BW+ H++ D++++	914	0,30
48	23		CYHG	1cc
49	24		CYHG	1cc
50	25			
51	26		914	0,45
52	27		CYHG	1cc
53	28		CYHG	1cc
54	29		CYHG	1cc
55	30		914	0,60
56	31		CYHG	1cc
57	1	JANVIER		
58	2		CYHG	1cc
59	3		CYHG	1cc
60	4		914	0,75
61	5		CYHG	1cc
62	6		CYHG	1cc
63	7		CYHG	1cc
64	8			
65	9		CYHG	1cc
66	10	BWn Hn D+++	914	0,75
67	11		CYHG	1cc
68	12		CYHG	1cc
69	13		CYHG	1cc
70	14			
71	15			
72	16		914	0,75
73	17	BWn, Hn D++	BISMUTH SOLUBLE	3cc
→74	18	→ SORT DE L'HÔPITAL		
75	19			
76	20			
77	21			
78	22			
79	23			
80	24	BWn Hn Dn	914 ET BI SOLUBLE	0,75

a continué le traitement au Dispensaire.

HOPITAL — Salle Vidal — N° 20

— 17 janvier : B.-W. nég., H. nég., R. D. + + ;
— 24 janvier : B.-W. nég., H. nég., R. D. nég.
(Voir le graphique ci-joint. Par erreur, les injections de cyanure des 17, 18, 19 décembre n'ont pas été inscrites sur la feuille de température).

Là encore, la réaction de Desmoulière n'a viré au négatif qu'après les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht.

Obs. XVII. — O... consulte le 13 décembre 1932 pour une ulcération préputiale, avec adénite droite ; ultra négatif. Mis au traitement après l'apparition de réactions sérologiques positives, on note que la R. D. cède plus tardivement que le B.-W. et le H. ainsi qu'en témoigne le tableau ci-dessous.

Dates	Faits cliniques et sérologiques	Jours d'infection
13 décembre 1933	Rapports suspects	1er
10 janvier 1933. .	1re consultation : ulcération (ultra-négatif)	28e
11 janvier 1933. .	B.-W. nég. H. nég. R. D. nég. (ultra-négatif)	29e
17 janvier 1933.	B.-W. nég. H. nég. R. D. +	35e
19 janvier 1933. .	B.-W. ++ H. ++ R. D. ++++	37e
	Mis au traitement mixte, cyanure de Hg novarsénobenzol, bivatol.	
7 février 1933 . .	B.-W. ++++ H. ++++ R. D. ++++	55e
23 février 1933 . .	B.-W. ++ H. ++ R. D. ++++	73e
2 mars 1933 . .	B.-W. + H. + R. D. +++	80e
9 mars 1933 . .	B.-W. nég. H. nég. R. D. ++	87e
18 mars 1933 . .	B.-W. nég. H. nég. R. D. nég.	94e

S'il est intéressant de suivre la négativation de la réaction de Desmoulière chez le malade atteint d'une syphilis récente et soumis à un traitement intensif, il est également précieux d'en noter les fluctuations et les reprises pendant la période de repos.

Obs. XVIII. — B..., chancre du col en novembre 1921, traitée depuis février 1922. Après un repos de trois mois, on trouve les résultats sérologiques suivants : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XIX. — G..., syphilis contractée en janvier 1930, bien traitée. En mars 1931, après un repos d'un mois il présente : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XX. — F..., chancre balano-préputial en octobre 1930, après un

repos d'un mois ayant suivi la 1re série du traitement : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XXI. — B..., chancre de la fourchette et roséole en mars 1932 ; en février 1932, après un mois de repos : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XXII. — B... syphilis pigmentaire en janvier 1932 ; en février de, la même année, après traitement : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. XXIII. — A... traité au dispensaire depuis janvier 1932 ; le 3 mars, après repos d'un mois : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XXIV. — M... chancre en avril 1931, traité avec des périodes de repos un peu longues ; en avril 1932 : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

3° Valeur de la réaction de Desmoulière dans le cas de syphilis secondaire a Bordet-Wassermann négatif

Les cas de ce genre doivent d'autant plus retenir l'attention qu'ils sont exceptionnels, et peuvent, de ce fait, donner lieu à de lourdes erreurs. Dans les deux observations ci-dessous, malgré la présence d'accidents secondaires cliniquement très suspects, les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht étaient totalement négatives ; la réaction de Desmoulière, au contraire, s'est montrée nettement positive ; une telle dissociation est évidemment exceptionnelle, mais d'autant plus précieuse pour le diagnostic.

Obs. XXV. — S... (N° 89-128), adénite cervicale, plaques muqueuses buccales : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XXVI. — (N° 90-79) présente en novembres 1931 des syphilides palmaires : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

4° La réaction de Desmoulière dans la syphilis ancienne peu ou mal traitée

Si rien n'est plus simple que le traitement de la syphilis récente, rien n'est plus malaisé que de discerner la conduite à tenir lorsque l'infection date de plusieurs années, que le début même est mal fixé, que le traitement a été conduit sans plan préconçu. Bien

souvent même, le malade est incapable d'en préciser les détails et l'on doit, devant le problème qui se pose, variable avec chaque cas, en peser soigneusement les termes. Dans l'ignorance dans laquelle se trouve le médecin de toutes les données de la question, sur quels motifs s'appuiera-t-il pour conseiller un traitement ? Dans l'immense majorité des cas, l'examen clinique est négatif : il faut donc tabler sur les réactions sérologiques étudiées d'emblée, puis après réactivation, et sur les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien soustrait par ponction lombaire ou par ponction sous-occipitale. Il ressort des observations qui suivent que dans un assez grand nombre de syphilis anciennes, seule, la réaction de Desmoulière reste positive, ce qui doit inciter à la reprise du traitement :

Obs. XXVII. — P..., syphilis diagnostiquée à l'hôpital Broca en 1919 ; en 1926 un accident suspect du prépuce, pas de traitement régulier. Revu en mars 1932 : B.-W. et H. nég., R. D. + + +.

Obs. XXVIII. — V..., chancre balano-préputial en 1923 ; pas de traitement jusqu'en 1932 ; le malade accuse de la céphalée, de l'impuissance, des vertiges : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. XXIX. — D..., syphilis en 1917, traitée irrégulièrement ; actuellement, en mars 1932 : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. XXX. — L..., syphilis en 1925, en mars 1932 : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XXXI. — C .. a eu un chancre en 1912 ; pas de traitement depuis 3 ans ; quelques troubles fonctionnels : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs XXXII. — G... vient consulter en décembre 1925, il a contracté la syphilis en 1903 et a été traité irrégulièrement ; pas de signes cliniques : B.-W. et H. nég., R. D. +. L'examen du liquide céphalo-rachidien est nettement pathologique.

Obs. XXXIII. — A... demande en 1932 un examen sérologique parce qu'il a eu, en 1918, étant en Syrie, une ulcération génitale pour laquelle on lui a fait des injections de novarsénobenzol : B.-W. et H. nég., R. D. + + + +.

Obs. XXXIV. — D... demande, en 1931, un examen sérologique. Il aurait eu, six ans auparavant, un chancre syphilitique : B.-W. et H. nég., R. D. +.

Ainsi donc, dans la syphilis ancienne, plus ou moins traitée, chez les sujets qui se sont négligés, dont les commémoratifs sont imprécis, la positivité de la réaction de Desmoulière vient affirmer la réalité de l'infection ancienne, alors qu'il semble, qu'au cours des années, on assiste, au contraire, à une sorte d'extinction spontanée des réactions moins sensibles.

5° La réaction de Desmoulière dans la syphilis héréditaire

Les réactions sérologiques classiques sont, on le sait, le plus souvent négatives, dans l'hérédo-syphilis, même avérée. Or, la réaction de Desmoulière se montre souvent positive, corroborant ainsi le diagnostic. Par ailleurs, on conçoit l'importance que peut avoir une réaction plus sensible dans les cas cliniques douteux ou bien dans ces faits si embarrassants dans lesquels le médecin se demande s'il doit traiter un enfant issu de parents syphiliques et qui ne présente ni lésion viscérale, ni dystrophie. Sans que nous puissions affirmer si une réaction de Desmoulière positive traduit une probabilité ou même une possibilité d'évolution, il y a là néanmoins un jalon précieux qui motivera la mise en traitement.

1er groupe de faits (hérédo-syphilis avérée, B.-W. et H. nég., R. D. +).

Obs. XXXV. — R..., signes cliniques nets d'hérédo-syphilis : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. XXXVI. — P.. , front olympien ; dents d'Hutchinson, parents syphilitiques : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. XXXVII. — X... présente une ostéite syphilitique du tibia : B.-W. et H. nég , R. D. + + + +.

Obs. XXXVII *bis*. — G... 11 ans, hémiparésie gauche, dents d'Hutchinson : B.-W. nég., H. + +. R. D. + + + +.

2e groupe de faits (enfants sans tares apparentes issus de parents syphilitiques).

Obs. XXXVIII et XXXIX. — Deux enfants sains d'aspect, issus d'un père paralytique général, chez tous deux, le B.-W. et le H. sont négatifs, R. D. + + + +.

Obs. XL. — R..., fils de syphilitiques, né à terme, aspect normal : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

6° La réaction de Desmoulière chez la femme enceinte

La réaction de Desmoulière garde-t-elle, chez la femme enceinte, toute sa valeur? Certains auteurs ont pu penser que l'hypercholestérolémie fréquente pendant la grossesse pourraît augmenter indûment le coefficient de positivité de la réaction : nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi et l'un de nous a montré avec J. Martineau que l'irréductibilité des réactions sérologiques n'était pas commandée par la teneur du sang en cholestérol (1). Là, comme en toute autre éventualité, il convient de confronter attentivement les données du laboratoire et celles de la clinique, et de ne pas se décider sur la foi d'un seul examen et d'une seule réaction. Cependant, en raison de l'importance qu'a le traitement pendant la grossesse pour l'avenir de l'enfant, on aimera mieux traiter sur la foi d'indices légers que de risquer de laisser venir au monde un enfant taré.

Obs. XLI. — Mme C... fait deux fausses couches spontanées : B.-W. et H. nég., R. D. + +.

Obs. XLII. — Mme M... (mari syphilitique de longue date) fait une fausse couche; elle a ensuite 2 enfants : le premier meurt à 9 mois, le second à 11 mois, tous deux de méningite : B.-W. et H. nég., R. D. +.

(1) R. J. Weissenbach et J. Martineau. Influence du taux de la cholestérolémie sur les réactions de la syphilis (Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulière). *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 2, février 1931.

7° Valeur d'une réaction de Desmoulière positive isolée

Loin de nous la pensée d'attribuer à une réaction de laboratoire isolée une valeur décisive : il s'agit là d'un renseignement précieux, dont on ne doit pas se priver, mais qu'il faut savoir interpréter et contrôler. Dans un cas clinique douteux, en présence de troubles mal caractérisés, la positivité nette de la réaction de Desmoulière doit faire scruter les antécédents personnels et héréditaires, pratiquer la réactivation du Bordet-Wassermann-Hecht et incliner à un traitement d'épreuve. Dans la syphilis ancienne, traitée ou non, une réaction de Desmoulière positive doit faire reprendre le traitement de façon énergique. Chez un individu sain, exempt de toute tare, il convient de multiplier les examens cliniques, de répéter les examens sérologiques, de pratiquer la réactivation du Bordet-Wassermann-Hecht et d'examiner le liquide céphalo-rachidien. Si, cependant, toutes ces enquêtes restent négatives, il ne nous paraît pas qu'on doive considérer un sujet comme syphilitique, sur la seule foi d'une réaction de Desmoulière isolée et restant telle à plusieurs examens consécutifs. Mais nous devons reconnaître, qu'ayant pratiqué plusieurs centaines de réactions chez des individus supposés sains ou atteints des affections les plus diverses, nous ne nous sommes jamais trouvé devant cette éventualité, en dehors de la syphilis.

Conclusions

La réaction de Desmoulière, pratiquée dans les conditions strictes de technique que nous avons rappelées, doit figurer au nombre des réactions sérologiques usuelles de la syphilis, aux côtés des réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht et d'une réaction de floculation (Vernes, Kahn).

Par sa spécificité et sa sensibilité, d'où découlent sa précocité et sa persistance, plus longue par rapport aux autres séro-réactions, elle est aussi utile dans la syphilis récente que dans la syphilis ancienne et la syphilis héréditaire. Elle constitue un élément précieux à utiliser : 1° dans le diagnostic de la syphilis ; 2° dans la conduite des traitements et le contrôle de leur efficacité ; 3° dans la prophylaxie de la syphilis.

CONSIDERATIONS A PROPOS D'UN CAS DE « LIVEDO RACEMOSA »

Par le Docteur Nicolau ROSSETTI, de l'Institut d'Hygiène de São-Paulo (Brésil).

Le livedo est une hyperémie passive des capillaires cutanés qui détermine, à la surface de la peau, l'apparition d'un dessin réticulaire dont les mailles anémiques ou de couleur normale correspondent — selon Darier — aux territoires vasculaires sanguins directs et la trame violacée, aux zones d'anastomose entre ces territoires.

Connu sous les noms de *livedo calorica*, *cutis marmorata*, *livedo annularis a frigore*, *asphyxia reticularis*, c'est un phénomène d'observation banale, pendant le froid, chez les personnes douées d'une instabilité excessive de l'innervation vaso-motrice. Il occupe de préférence le tronc et les extrémités et se caractérise par son apparition sous l'action du froid et sa disparition sous l'influence de la chaleur. Etant ainsi un phénomène uniquement dû à une perturbation fonctionnelle de la circulation cutanée, les recherches histologiques, comme il était à prévoir, n'ont révélé aucune altération anatomique importante des petits vaisseaux de la peau.

En contraste avec cette forme de livedo, Ehrmann en 1906 en décrivit une autre — le *livedo racemosa* — différant de la première par sa rareté, la modalité spéciale de son aspect clinique et sa dépendance quasi-constante de lésions plus graves des petits vaisseaux cutanés.

A l'inverse de la *cutis marmorata*, dont les dessins forment un réseau plus ou moins complet, le *livedo racemosa* est représenté dans la plupart des cas par des lésions hyperémiques ayant la forme d'une branche d'arbre d'où partent des rameaux plus effilés. Dans d'autres cas il rappelle plutôt l'aspect d'une racine avec ses radicelles, ou les arborisations que l'éclair trace dans l'atmosphère. Sa

couleur rouge sombre violacé est semblable à celle de la *cutis marmorata* de laquelle elle se distingue, cependant, par plus de stabilité, ne disparaissant pas complètement même sous l'action de la chaleur. En général, la lésion a la même préférence topographique que les formes communes de livedo, mais son extension est plus limitée, le *livedo racemosa* n'arrivant presque toujours à occuper qu'une partie de la peau du tronc ou des extrémités. Fréquemment il apparaît associé au livedo commun. La fréquence de cette association a amené E. Lehner et D. Kenedy à formuler l'hypothèse que le *livedo racemosa* a son origine dans la forme commune du livedo. Selon ces auteurs, lorsque l'agent nocif déterminant de la lésion est externe (le froid par exemple) on aurait le tableau clinique de la *cutis marmorata*, puisque cet agent atteint toute l'extension du réseau livide. Quand il est interne et agit par voie sanguine, il détermine, en certains points seulement des vaisseaux cutanés, des altérations inflammatoires qui fixent en partie le dessin de la *cutis marmorata*, et, épargnant d'autres points, il donne ainsi origine à des fragments de réseau qui fixent l'aspect d'arborisation, caractéristique du *livedo racemosa*. De cette façon il y aurait non seulement le phénomène initial de la simple stase sanguine, qui caractérise la *cutis marmorata*, mais des altérations inflammatoires des vaisseaux cutanés s'y joindraient, qui rendent stable une partie du tableau clinique. Pour cette raison ces auteurs proposèrent pour le *livedo racemosa* la dénomination de *inflammatio cutis racemosa*.

D'autres auteurs tels que Ehrmann, Perutz et Kaiser ont également attiré l'attention sur la fréquente association des deux formes. En effet, il paraît que, pour la création du tableau clinique du *livedo racemosa*, soit nécessaire, comme facteur prédisposant, la préexistence d'une hypotonie vasculaire, laquelle, par elle-même, explique la présence de la *cutis marmorata*, puisqu'elle en est le facteur déterminant. Sur ce substratum hypotonique de la *cutis marmorata* — qui représente une insuffisance passagère, purement fonctionnelle, de l'appareil vasculaire cutané — l'action de certains agents morbides, provoquant des altérations anatomiques permanentes du réseau vasculaire profond de la peau, détermine l'apparition du *livedo racemosa*.

Avec de légères variantes l'opinion de Erich Urbach, S. Bettmunn, Hess et Kerl, H. Haber et d'autres est analogue.

De quelle nature sont ces altérations histologiques ? Et avant tout sont-elles constantes, ou plutôt, ont-elles été observées distinctement dans tous les cas ?

Passant en revue la littérature qui se rapporte à ce sujet, nous pouvons noter et séparer les recherches histologiques négatives d'Alexander, de Hess et Kerl, de Wælsch et de Peller. Mais, pour ces cas, Polack affirme que de tels résultats ne doivent pas être pris en considération, tous étant la conséquence de biopsies faites superficiellement, et qui n'ont, pour cela même, pas atteint la zone dermo-hypodermique où généralement se localisent les lésions des vaisseaux. Dans la plupart des cas les recherches furent positives, donnant à l'entité morbide qu'est le *livedo racemosa* une base anatomo-pathologique caractéristique. C'est ainsi que Erhmann, créateur de cette entité, attira l'attention sur des *proliférations de l'intima des petites artères du réseau vasculaire profond de la peau*; Perutz et Kaiser se réfèrent à l'existence d'une infiltration périvasculaire dans les couches superficielles et profondes de la peau avec dilatation vasculaire, et *dans les vaisseaux du réseau profond à des altérations endoartéritiques, prolifération de l'intima et rétrécissement de la lumière du vaisseau* : Lehner et Kenedy ont décrit dans les vaisseaux de la peau des processus inflammatoires ou granulomateux ; Hoffmann y a trouvé une *endoartérite des vaisseaux sous-cutanés* ; dans le cas de H. Haber, un des plus récemment relatés, en plus de la fibrose du derme et de la présence d'une infiltration périvasculaire et périglandulaire à petites cellules, on note à la *limite dermo-hypodermique un grand vaisseau avec lésions d'endoartérite oblitérante.*

Erich Urbach signala deux cas de *livedo racemosa*. Dans l'un, quelques petites artères de la partie profonde du derme sont complètement oblitérées tandis que les autres ont leur lumière rétrécie par des *proliférations endo-artéritiques*. Dans le second cas décrit par cet auteur, les artères cutanées étaient normales mais « les veines plus grosses et plus profondes démontrent une altération plus ou moins accentuée dans le sens d'une endophlébite ».

C. Schmidt trouva aussi des artères normales, mais il y avait également endophlébite et prolifération de l'intima avec obstruction conséquente de la veine. On voit donc que la lésion anatomique, dans les cas de *livedo racemosa*, n'est pas toujours et unique-

ment un privilège des artérioles de la peau, mais peut, en même temps ou isolément, être localisée dans les veines cutanées. Il faudrait donc selon Peller distinguer deux types de *livedo racemosa* : dans l'un, seulement les veines sont altérées et dans l'autre à la lésion primitive des artères, se joint secondairement comme conséquence, l'altération des veines.

L'explication du mécanisme par lequel la lésion vasculaire réalise le tableau clinique du *livedo racemosa* n'est pas aisée.

Ehrmann — cité par R. Volk — estime que la force propulsive de la systole cardiaque, n'étant pas suffisante pour faire avancer la colonne sanguine contenue dans les artères en voie d'oblitération ou déjà oblitérées, provoque en elles une stase qui se manifeste à la surface de la peau par un dessin qui est l'expression clinique du *livedo racemosa*. Ce dessin hyperémique ressort sur la zone cutanée environnante qui est de couleur normale parce que normalement vascularisée par les autres artères saines. Au premier abord il paraîtrait que, dans le territoire de l'artère rétrécie, il devrait y avoir non pas stase mais anémie. Ceci n'a pas lieu parce que, dans le réseau vasculaire atteint, ce n'est qu'un rameau en général qui s'oblitère ou se rétrécit, tout en continuant à recevoir, par les autres anastomoses du réseau, le sang qui y stationne, en vertu de l'empêchement provoqué par l'altération de sa lumière.

Quel est l'agent toxique ou infectieux ou d'autre nature qui agissant sur un individu doté de prédisposition morbide de l'appareil vasculaire cutané par conséquent prêt à faire de la *cutis marmorata* et de l'acrocyanose, provoque les dites lésions histologiques, donnant origine au *livedo racemosa* ?

Dès le début Erhmann fait ressortir le rôle que la syphilis joue comme facteur étiologique du *livedo racemosa*, montrant les relations de cette manifestation cutanée avec la syphilis secondaire tardive et avec la syphilis tertiaire. Mais, même en admettant la présence de la lues dans la grande majorité des cas, il a reconnu aussi l'existence d'une forme non syphilitique.

Perutz et Kaiser, passant en revue les cas rapportés dans les statistiques de Urbach, ceux de Perlemann et celui de Brünauer, notèrent l'existence de la syphilis en 47,73 o/o des cas (23 cas avec syphilis contre 21 cas sans syphilis). Cependant calculant seulement les cas dans lesquels n'existe d'autre facteur étiologique

présumé que la lues, le pourcentage de celle-ci descend à 32,50 o/o. Ces auteurs concluent que la syphilis joue le rôle de facteur déterminant du *livedo racemosa* à peu près dans une proportion de 32,50 o/o à 47,73 o/o des cas.

Les autres facteurs étiologiques seraient l'alcool, la tuberculose et les maladies infectieuses en général. R. Volk, admettant la relation de cause à effet entre la bacillose et certains cas de *livedo racemosa*, réserve dans son ouvrage sur la tuberculose cutanée un chapitre intitulé « *livedo racemosa tuberculosa* ». Il y cite les trois cas de Waelsch qui coïncidaient avec des lésions graves des poumons et en plus avec la présence de tuberculides ; il y cite ceux de Hess et Kerl, Fischl, Perutz et Kaiser, Lehner et Kenedy, Ebert, tous montrant la relation avec la tuberculose ; et encore celui de Winternitz, de Ehrmann, de Kagelmann et de Freund dans lesquels on constate respectivement la coïncidence avec la tuberculose du cæcum, les tuberculides nécrotiques, le *lupus miliaris disseminatus* et le lupus érythématodes.

Il cite dans ce même ouvrage les cas de Schmidt, Grosz, Habermann, Baer et Smelov, dont l'anamnèse met en évidence la syphilis ; celui de Pokorny qui se rattache à l'alcoolisme et ceux de Peller, Polak et Fuhs qui ont comme étiologie l'artériosclérose et des lésions valvulaires cardiaques, et enfin celui de Perlmann dont la cause n'a pu être identifiée.

Erich Urbach dresse le tableau suivant des cas de *livedo racemosa* et des maladies qui en furent jugées étiologiquement responsables :

Lues seulement	14 cas
Lues et *vitium cordis*	2 »
Lues, altération circulatoire et alcoolisme	1 »
Lues, *vitium cordis* et hypertension	1 »
Lues et athérome	1 »
Lues et maladie de Basedow	1 »
Athérome de l'appareil circulatoire périphérique	2 »
Alcoolisme	2 »
Vasoneurose	2 »
Hypertension	3 »
Maladies infectieuses	2 »
Tuberculose	7 »
Épilepsie	1 »

On n'a pas trouvé de facteur pathogénique dans 2 cas.

Cet auteur trouve que, chez les personnes souffrant de faiblesse congénitale des parois veineuses ou parésie de nature organique ou fonctionnelle des veines, n'importe quelle maladie ou intoxication avec tropisme vasculaire peut provoquer un désordre anatomique ou fonctionnel dans les artères de la peau.

Hess et Kerl classent au point de vue étiologique le *livedo racemosa* de la façon suivante :

1) *Livedo racemosa* dû à un agent toxique externe (lues, tuberculose, alcoolisme) ;

2) *Livedo racemosa* chez les individus atteints d'artériosclérose généralisée ;

3) *Livedo racemosa* chez les individus atteints d'une prédisposition morbide de l'appareil circulatoire.

S. Bettmann a observé des cas de *livedo racemosa* dans lesquels il fut impossible de démontrer une relation avec la lues. Dans l'un de ces cas la syphilis même ne survint qu'après l'apparition des lésions du *livedo racemosa.* Mais dans la plupart de ses observations, le *livedo racemosa* se manifesta pendant le développement d'une infection syphilitique chez des personnes ayant tendance à la *cutis marmorata* et à l'acrocyanose. L'une de ces observations a pour objet un enfant de 10 ans atteint de lues congénitale. Dans le cas décrit par H. Haber on ne put découvrir d'autre facteur étiologique probablement responsable du *livedo racemosa,* si ce n'est un traumatisme causé par le froid, rendant ainsi ce cas unique dans la littérature — à l'exclusion d'un autre succinctement rapporté par Feldmann — dans lequel un traumatisme violent provoqué par le froid fut incriminé comme agent étiologique du *livedo racemosa.*

Quelques auteurs, parmi lesquels Ernst Wolheim, ont étudié, au capillaroscope, l'aspect de la peau normale et de la peau cyanosée ou atteinte de livedo. *Sur la peau normale* les capillaires terminaux seulement sont visibles et le réseau vasculaire sous-papillaire ne l'est guère ou très peu, ou tout au plus par petits fragments. *Dans les cyanoses cutanées, dans les livedos,* ce réseau devient visible puisque gorgé de sang. Un aspect analogue a été constaté par S. Bettmann : sur la peau normale on ne distingue pour ainsi dire que les capillaires des papilles, non pas distribués

irrégulièrement mais dans un ordre correspondant à l'architecture locale de la peau ; le réseau vasculaire sous-papillaire n'est pas visible, ou l'est, mais d'une manière partielle, fragmentaire et peu nette. Sur la peau atteinte de livedo, à mesure que le processus gagne en ancienneté, les capillaires des papilles deviennent moins visibles, à l'inverse de la trame du réseau sous-papillaire qui se manifeste chaque fois plus évidente, tout d'abord ébauchée et bientôt représentée par des vaisseaux tortueux, distribués irrégulièrement.

L'examen capillaroscopique ne peut cependant servir au diagnostic différentiel entre le *livedo racemosa* et les formes ordinaires du livedo parce que l'aspect décrit ci-dessus leur est commun.

Ajoutons à cette digression sur le *livedo racemosa* la description d'un cas que nous avons observé qui concourt par le résultat positif de l'examen histologique, à augmenter le nombre des observations qui font de cette maladie une entité à part, à base anatomique définie.

*
* *

A. S..., sexe féminin, 27 ans, Brésilienne, née à Botucatú (État de São Paulo). Travaille dans une fabrique de tissus.

Anamnèse familiale. — Père mort à 49 ans, de tuberculose pulmonaire. La mère, vivante mais maladive, eut 10 gestations dont 8 à terme — ces enfants sont actuellement vivants et sains — et 2 avortements, l'un de 2 mois, l'autre de 3. Les avortements précédèrent la naissance de la patiente.

Anamnèse personnelle. — Dit avoir eu les maladies éruptives ordinaires de l'enfance et en plus, la coqueluche et la petite vérole. Réglée à 12 ans. Se maria à 18 ans et eut 4 gestations, desquelles résultèrent 2 avortements, un de 40 jours et l'autre de 2 mois, et 2 enfants nés à terme, actuellement vivants et sains. Fut contaminée par le mari il y a plus ou moins 4 ou 5 ans de chancre mou et de gonorrhée. Avant de se présenter à notre consultation, on lui avait fait le Wassermann, en six occasions diverses, avec résultat toujours négatif. Elle fut cependant soumise au traitement spécifique par le néosalvarsan et par le bismuth, d'une façon irrégulière. L'indication de ce traitement, dit-elle, avait été trouvée dans la maladie cutanée, pour laquelle elle vient en consultation.

Il y a environ trois ans et demi elle remarqua à la peau de la jambe droite la présence d'une tache allongée, persistante, d'un rouge violacé. Beaucoup plus tard, presque deux ans après l'observation initiale, d'autres taches identiques à la première d'aspect et de couleur,

devinrent visibles sur la peau de la jambe gauche. A partir de ce moment, d'autres taches apparurent sur les bras et les avant-bras. Elle ajoute que quelques-unes de ces taches, particulièrement celles des jambes, sont d'un caractère plus permanent, persistant, autant en hiver qu'en été. Celles des bras et des avant-bras deviennent plus visibles pendant la saison froide et disparaissent en général pendant la saison chaude.



Fig. 1. — Sur cette photographie, les lésions du *livedo racemosa*, plus particulièrement celles du genou droit, sont visibles.

État actuel. — Une large trame, d'un rouge violacé, apparaît sur les deux bras et avant-bras, de préférence sur la surface d'extension, trame visible seulement les jours froids, délimitant les surfaces anémiques ou de couleur normale, donnant l'aspect du réseau plus ou moins régulier observé d'habitude dans les cas de *cutis marmorata*. Sur les membres inférieurs, des lésions de même couleur, mais beaucoup plus stables sous les différences de température, tracent des figures moins étendues, occupant en partie la peau de cette région, ayant presque toutes l'aspect d'un petit tronc sinueux large au plus de 7 à

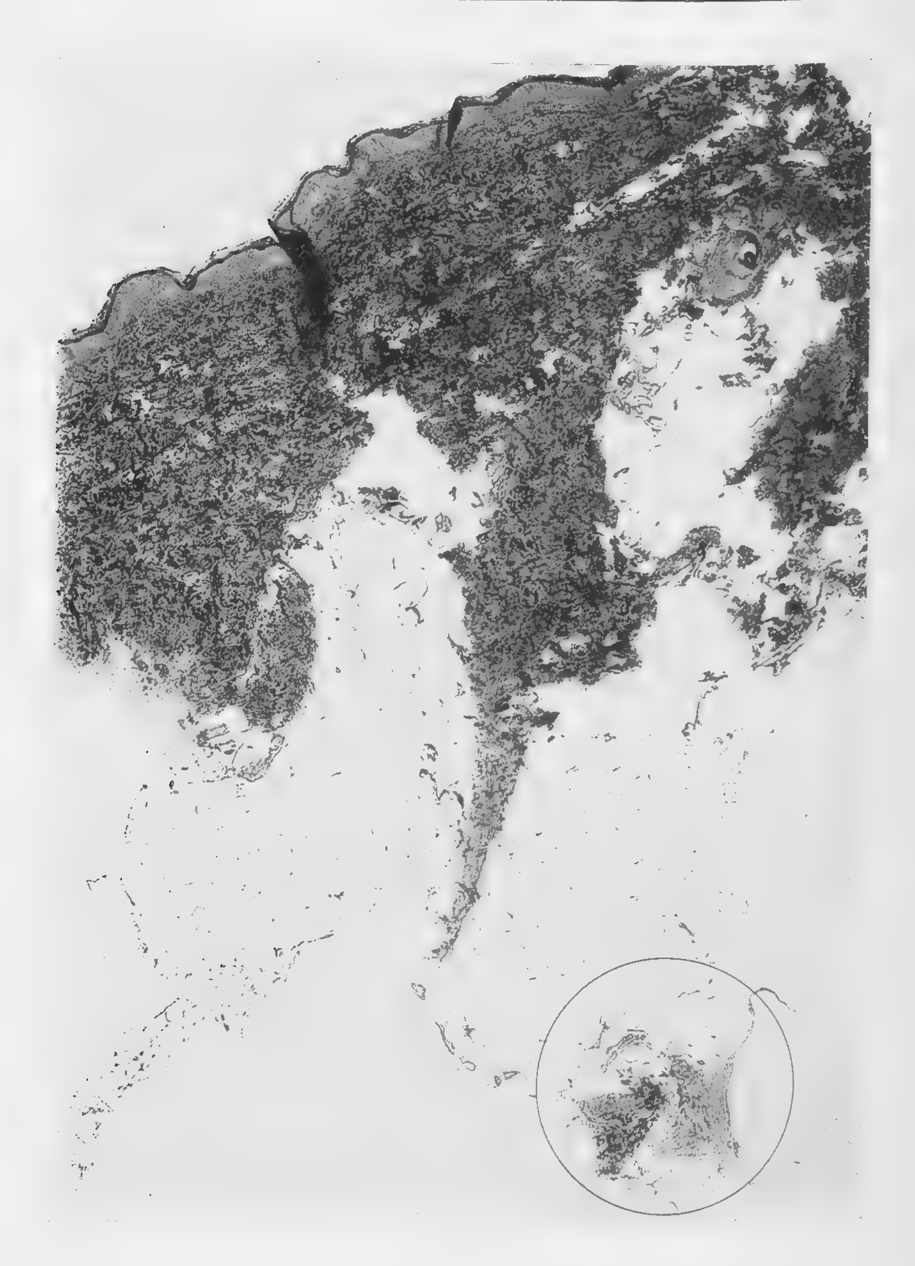


Fig. 2. — Coupe histologique montrant dans la partie profonde de l'hypoderme les vaisseaux oblitérés (Coloration par le van Gieson, grossissement 40 x).

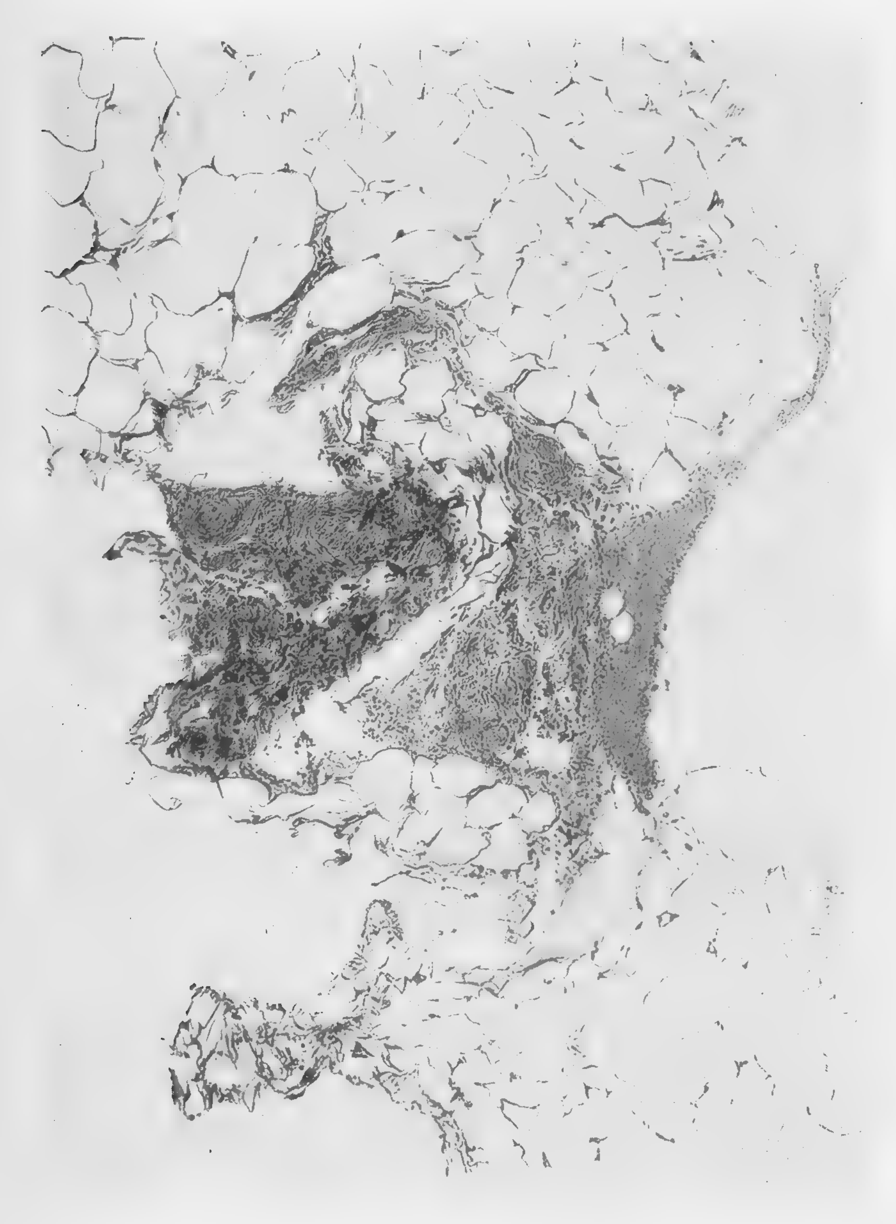


Fig. 3. — Les vaisseaux oblitérés de la figure 2 à plus fort grossissement : 120 x.



Fig. 4. — Les vaisseaux oblitérés de la figure ■ à plus fort grossissement : 280 x.

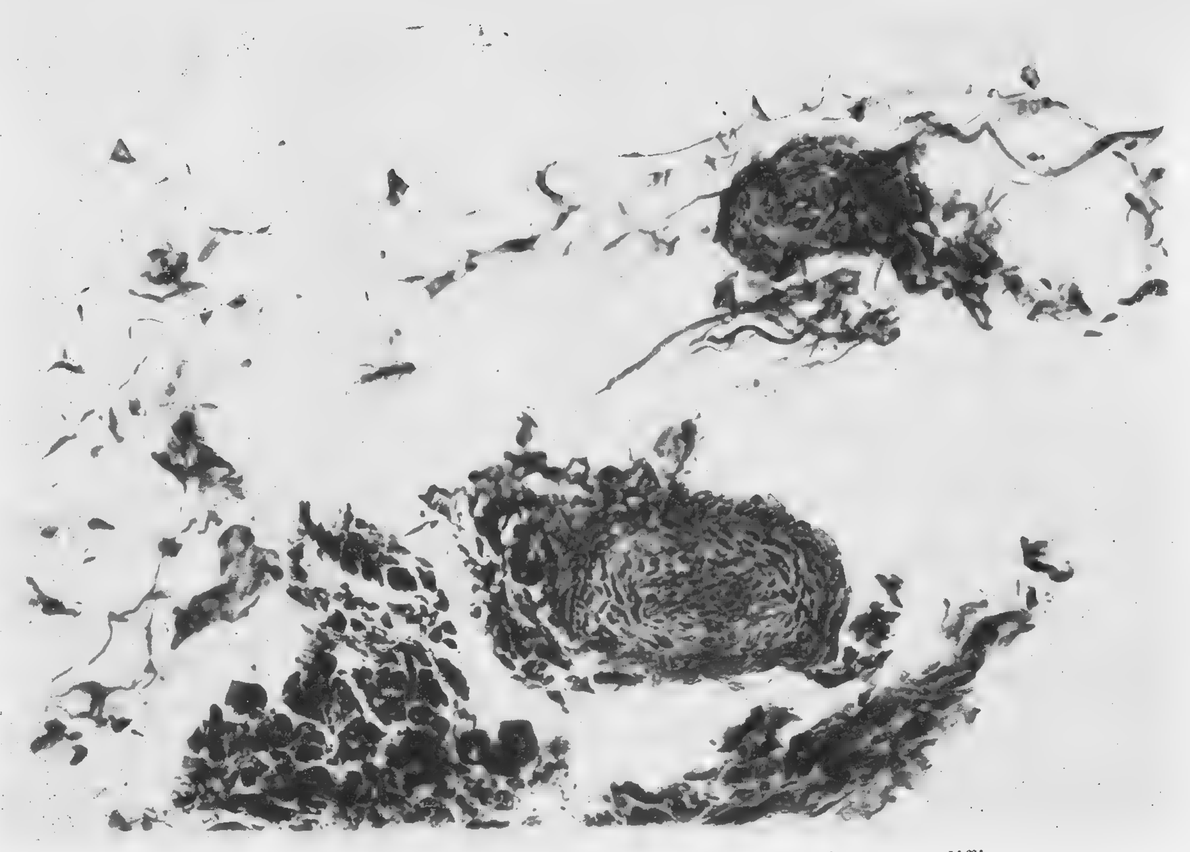


Fig. 5. — Les mêmes vaisseaux de la figure 4 à grossissement égal, mais en coupe différente. (Coloration par la méthode Bielchowski, grossissement : 280 x).

8 millimètres, aux extrémités plus effilées. De ce tronc, qui descend plus ou moins obliquement en sens longitudinal, partent des ramifications également sinueuses, de même couleur, mais de largeur bien moindre. Toutes celles-ci se trouvent au niveau même de la peau, au-dessus de laquelle elles ne font pas saillie. Une observation plus détaillée nous permet d'énumérer les lésions suivantes qui correspondent à cette description :

1° sur la moitié inférieure de la face antérieure de la cuisse gauche, on note un rameau de 7 millimètres de largeur, se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors, de manière à tracer trois courbes très ouvertes. Ce rameau donne origine à quatre petits rameaux, deux de chaque côté, moins larges et moins longs que le premier ;

2° sur le genou gauche — face antérieure — une ligne en zig-zag descend obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, donnant origine de chaque côté à trois petits rameaux plus effilés. Cette lésion pâlit plus facilement que les autres sans toutefois disparaître ;

3° sur la face postérieure de la jambe gauche, cinq petits rameaux assez courts et fins prennent origine d'un grand tronc rouge violacé très sinueux, large à peu près de 8 millimètres.

De ce tronc, à la hauteur de la limite entre les deux tiers supérieurs et le tiers inférieur de la jambe, nous avons enlevé par biopsie un fragment de peau dont les lésions seront décrites ci-desosus ;

4° sur la face antérieure du genou droit, il y a une lésion visible même sur la photographie ; elle a la forme d'un *S* dirigé un peu obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, dont la courbe supérieure est plus grande que l'inférieure. De ce tronc en forme de *S* partent six petits rameaux ;

5° sur la face postérieure de la jambe droite, une lésion analogue — de forme plus irrégulière — et peu au-dessous d'elle une autre plus petite, mais d'aspect identique. Toutes ces lésions ne disparaissent pas totalement sous l'action de la chaleur.

Appareil circulatoire. — L'auscultation cardiaque révèle un second bruit aortique légèrement accentué. Aucune autre altération de l'appareil circulatoire n'a été relevée.

Appareil respiratoire. — L'examen des poumons a attiré plus spécialement l'attention, non seulement parce que, dans l'anamnèse, on se réfère à la tuberculose du père de la patiente, mais aussi parce que celle-ci nous dit avoir eu plusieurs fois au cours de ces dernières années des crachats sanguinolents. L'inspiration est légèrement rude et l'expiration soufflante aux deux sommets, tant en avant qu'en arrière. Aux bases, l'inspiration est aussi légèrement rude. A l'examen radiologique, on note au hile droit une petite tache qui, d'après l'opinion d'un spécialiste, est le vestige de la primo-infection.

Examen histologique. — Nous avons fait un prélèvement à la hauteur de la lésion cutanée la plus visible, celle de la face postérieure de la jambe gauche, en ayant soin d'enlever un grand fragment transversal du rameau le plus important, dans sa partie la plus large et la plus intensément colorée et de couper jusqu'au niveau hypoderme-aponévrose, de manière à emporter avec la peau une grande pelote de tissus gras hypodermiques. Fixation avec du formol à 40 o/o. Coupes colorées par divers procédés. L'observation suivante fut faite sur une coupe colorée par le van Gieson.

Épiderme normal. Dans le derme proprement dit, on voit les faisceaux conjonctifs épaissis et de nombreux vaisseaux dilatés. Dans l'hypoderme dont l'aspect général est normal, on remarque dans sa partie la plus profonde deux vaisseaux fortement altérés par un processus d'*endo-artérite oblitérante*. Tous deux ont la tunique musculaire assez épaissie et l'intima proliférée au point de déterminer la disparition complète de la lumière du vaisseau.

En d'autres coupes, le processus d'oblitération est surpris à une phase moins avancée, la lumière du vaisseau étant par conséquent, simplement réduite et déformée. D'autres vaisseaux de l'hypoderme ne présentent aucune altération remarquable.

Cette observation était déjà rédigée depuis longtemps, lorsque nous fûmes consulté de nouveau par la malade. Elle nous dit avoir eu, il y a un an, un fourmillement dans tout le corps, et il y a quinze jours, une céphalée intense, étourdissement, vomissements et parésie du côté gauche du corps. Maintenant elle a la jambe et le bras gauches très pesants et y sent des fourmillements et des douleurs. Dernièrement elle eut de légères douleurs à la région précordiale, toutefois sans caractéristiques nettes.

A nouvel examen on constate actuellement que l'aorte est palpable au niveau de la fourchette du sternum et se montre légèrement dilatée à la percussion. Il n'y a pas de dilatation du cœur. Bruits cardiaques audibles, de caractère normal si ce n'est une légère augmentation d'intensité du second bruit aortique. Pression artérielle systolique 170, diastolique 100. Aucune altération des réflexes tendineux. Ni Romberg, ni Babinski. Légère diminution de la force musculaire à gauche. Notre malade, on le voit, souffre d'une hypertonie avec crises vasculaires et tendance à l'hémorragie cérébrale.

Ces phénomènes constatés chez une personne encore jeune et qui n'est pas adonnée à l'alcool, font croire à l'existence possible d'une

syphilis ignorée, sérologiquement négative. La présence dans les antécédents personnels, de deux avortements, bien que des deux premiers mois de la gestation, aggrave sensiblement ce soupçon. Peut-être ne serait-ce pas à tort que l'on incluerait ce cas dans le groupe nombreux des cas de *livedo racemosa*, dont l'étiologie relève de l'infection syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Karl Herxheimer u. E. Hoffmann. — *Die Hautkrankheiten*, 1929.
2. Oscar Gans. — *Histologie der Hautkrankheiten*, Erster Band.
3. Erich Urbach. — Zur pathogenese des L. racemosa. *Klinische Wochenschrift*, 2 Jahrgang, nº 44, 1923.
4. E. Lehner u. D. Kenedy. — Inflammatio cutis racemosa. *Archiv f. Dermat. u. Syph*,, 149 Band. 1925.
5. Perutz u. Kaiser. — Zur pathogenese der L. racemosa. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 148 Band, 2 Heft, 1925.
6. Ernst Wollheim. — Zur Funktion der subpapillären Gefässplexus in der Haut. *Klin. Woch.*, 1927, nº 45.
7. S. Bettmann. — Stauungsbefunde im Gefässbschnitt der Haut. *Archiv f. Derm. u. Syph.*, 157, 1929.
8. H. Haber. — Zur Ætiologie der L. racemosa. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 163, 1 Heft, 1931.
9. R. Volk. — Tuberculose der Haut-Handbuch der Haut- und Geschlechtskrank, herausgegeben von J. Jadassohn.

DU PSORIASIS PROVOQUÉ

Par

Le Dr Marian de MIENICKI, Prof. agrégé.
et
le Dr C. RYLL-NARDZEWSKI, Chef du service de l'hôpital militaire.

(Travail de la Clinique Dermatologique de l'Université Stéphane Batory à Wilno. Directeur-professeur : F. Malinowski).

Il est de notoriété générale que sous l'influence de certains agents les symptômes de psoriasis peuvent soit s'atténuer, soit ressortir avec plus d'évidence, soit enfin apparaître pour la première fois. Le cas ordinaire, où la liaison ressort le mieux entre un stimulant déterminé et l'apparition de l'éruption psoriasique mérite la plus grande attention. Comme antigènes du psoriasis en général, on cite le plus souvent des rayons de différentes sortes, des substances chimiques (dont l'action apparaît surtout au cours de l'administration des remèdes externes), des secousses, des agents mécaniques, et la lecture des comptes rendus et l'examen des recherches de ces années dernières montrent que le rôle de ces agents peut être également tenu par des bactéries, des mycoses, etc. (Samberger, Jausion et autres). Cependant le terme de psoriasis provoqué se rencontre et s'emploie dans la description des cas, où les auteurs ont réussi à remarquer ou à provoquer l'éruption psoriasique dans un endroit strictement déterminé et à la suite de l'action d'un agent aussi strictement déterminé, par exemple, après l'irritation de la peau par la teinture d'iode, la térébenthine, la vaccination ou lorsque la peau subit simplement une irritation mécanique (à l'endroit où l'on trace un trait avec une aiguille, psoriasis des bretelles).

L'année courante nous avons eu l'occasion de faire des observa-

tions sur deux malades très intéressants à ce point de vue ; nous allons donner un court extrait de l'histoire de ces malades et exposer les réflexions, que nous suggèrent ces cas et nos recherches antérieures sur le psoriasis.



Fig. 1. — Les taches apparues à l'endroit de la vaccination sont indiquées par des flèches.

Cas 1. — Joseph D..., âgé de 23 ans. Les premières manifestations du psoriasis sont apparues à l'âge de 14 ans sous forme de taches, principalement sur les extrémités inférieures. L'intensité devient plus grande généralement pendant les mois d'hiver, cependant une certaine quantités de taches persistent pendant les mois d'été, à l'exception de

l'été 1932 ; lorsque, en juin et en juillet, dit le malade, l'éruption avait disparu entièrement.

Le sujet n'a pas eu, à ce qu'il paraît, de maladies infectieuses, il n'est chargé d'aucune hérédité morbide. Ses parents et ses trois frères et sœur vivent encore et sont exempts de maladies cutanées. Le traitement suivi jusqu'à présent n'a procuré que des améliorations passagères.

A l'entrée à l'hôpital (25.IV.1933), on constate une abondante éruption de psoriasis disséminée occupant une assez grande superficie du corps, entre autres le cuir chevelu et les organes génitaux. Le psoriasis nummulaire est prépondérant ; sur les extrémités inférieures, l'éruption prend un caractère plus accentué, les taches y atteignent la dimension d'une paume. Il est à remarquer qu'une partie des éruptions ont le caractère du psoriasis exsudatif et que quelques-unes présentent un mélange de sang d'une teinte chocalatée.

L'examen du sang fait à la réaction de Bordet-Wassermann donne un résultat négatif ; hémoglobine 92 o/o ; globules rouges 5.400.000 ; globules blancs 12.600 ; index 0,85 ; sédimentation des globules rouges 4 heures ; types : basophiles 0 o/o ; éosinophiles 0 o/o ; neutrophiles 63 o/o ; monocytes 6 o/o ; lymphocytes 31 o/o. L'urine est sans altérations pathologiques.

Peu de temps (23.IV.1933) avant son entrée à l'hôpital, le malade a été vacciné au régiment contre la variole. La vaccination a réussi en donnant la réaction spécifique. 10 jours plus tard (3.V.1933), nous avons remarqué que dans les endroits vaccinés, l'éruption psoriasique dans la partie médiane s'est couverte d'une croûte foncée et tout autour se sont formées des couches de squames nacrées ; l'enlèvement des squames produit et met en évidence les fines gouttelettes de sang caractéristiques. Ces éruptions ne diffèrent en rien de celles qui se trouvent dans leur voisinage portant des squames brunâtres et qui existaient chez le malade depuis un temps assez long. La photographie ci-jointe (fig. 1) le met en évidence.

Dans ce cas on peut dire que sous l'influence d'un agent inconnu le malade a eu il y a quelques années les manifestations générales du psoriasis ; actuellement nous nous trouvons en face de la période, où la peau est devenue assez sensible et assez modifiée dans ses réactions pour répondre par une éruption psoriasique à un autre stimulant qui a été la revaccination.

Cas 2. — Timothée N..., âgé de 22 ans ; est admis le 16.III.1933 à l'hôpital pour purpura rhumatoïde. Sur le tronc et les extrémités, surtout inférieures, on observe de nombreuses taches hémorragiques ; température 37°6 ; assez grandes douleurs dans les articulations, surtout dans celles des genoux et au poignet droit. La première élévation

de la température et les douleurs articulaires se sont montrées le 13.III.1933, après quoi l'éruption actuelle est apparue. A l'âge de 15 ans, le sujet a eu le typhus abdominal ; un an plus tard, une furonculose, dont il a guéri assez vite ; en dehors de cela, aucune autre maladie. Sa mère est morte du typhus abdominal et son père d'une maladie que nous ignorons.

Les symptômes articulaires augmentant toujours, le 21.III.1933 le malade a été transféré dans le service interne. Le 23.III.1933, après scarification, faite selon la technique habituelle, on a administré au malade

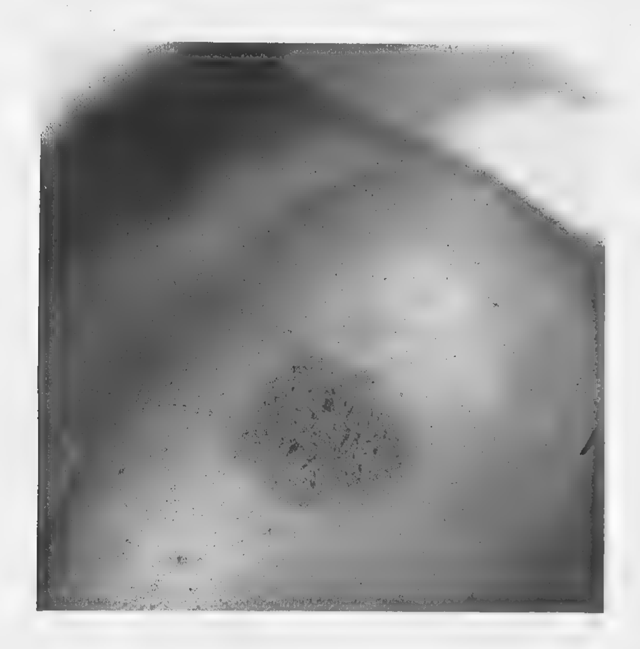


Fig. 2. — L'infiltration des parties supérieures de la peau et de la surface est couverte d'une couche peu épaisse de squames. L'enlèvement des squames fait apparaître la pellicule caractéristique et le grattage, de fines gouttelettes de sang. Sur les extrémités inférieures, surtout sur la jambe, *psoriasis guttata* (fig. 3).

dans le haut du bras gauche le vaccin de Ponndorf. Déjà, le 25.III.1933, les douleurs et l'enflure des articulations ont sensiblement diminué, température 36°8 ou 36°6. L'état général du malade s'améliore ; le 3.IV.1933, les douleurs et l'enflure disparaissent complètement. On constate seulement les traces laissées par les taches purpuriques. Les jours suivants (du 7.IV.1933 au 11.IV.1933) on observe sur les extrémités inférieures l'apparition d'une éruption psoriasiforme du type guttata. Le 15.IV.1933, le malade présente de l'enflure des ganglions sous-

maxillaires gauches ; ce jour-là, la température s'élève à 39°2, le lendemain cependant elle retombe à 37°5-37°6, et redevient normale.

En ce qui concerne la réaction sur le terrain de l'inoculation, elle est fortement positive et son cours a été autre qu'il n'arrive dans les cas semblables.

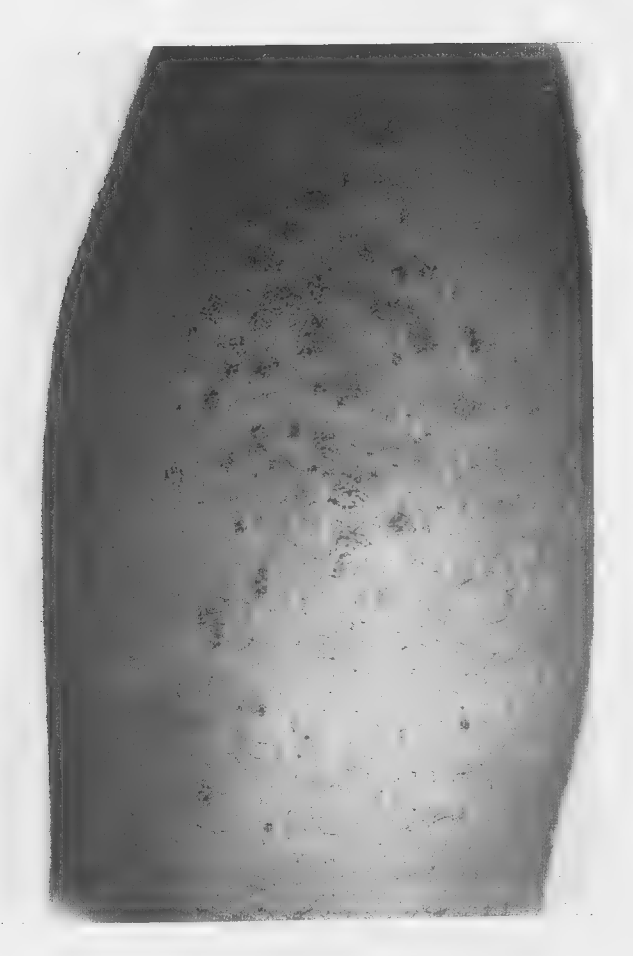


Fig. 3. — Le sang R B.-W. et de cytochol (—) ; Hb. 68 ; globules rouges 4 520.000 ; index 0,75 ; globules blancs 12.600.
Formule : bas. 0 o/o ; éos. 2 o/o ; neutr. 64 o/o ; lymphocytes 32 o/o ; Mon. : 2 o/o.

Notamment, le jour qui a suivi l'inoculation, une enflure de dimension extraordinaire apparut, accompagnée d'une intense rougeur de la



Fig. 4.

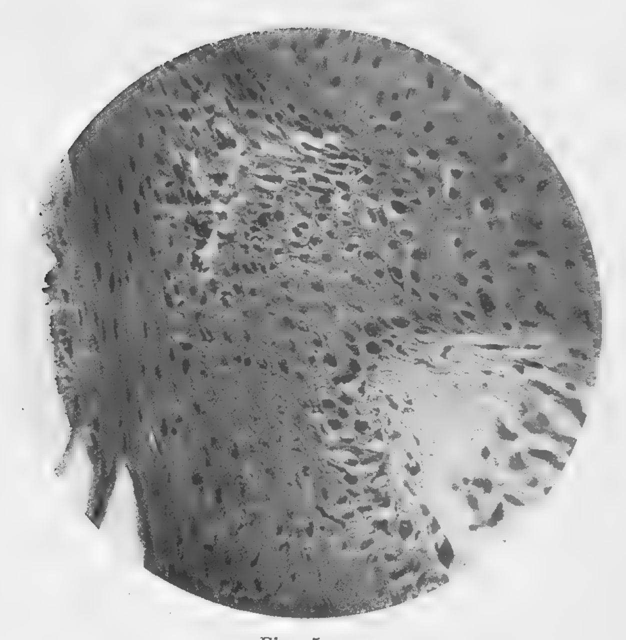


Fig. 5.

peau ; les jours suivants, l'œdème et la rougeur disparurent progressivement ; en revanche, l'attention fut attirée par la formation d'une couche de squames. A la suite de la disparition des symptômes rhumatismaux et de l'enflure des glandes le 28.IV.1933, le malade a été de nouveau transféré dans le service dermatologique. A cette date, l'aspect clinique se présente ainsi : sur le bras gauche (territoire de l'inoculation) une tache presque carrée aux bords un peu arrondis, de 4 centimètres de diamètre (photo 2).

Dans l'urine, on rencontrait des cylindroïdes et des cylindres granuleux transitoires, ainsi que des traces d'albumine. Pour l'examen histologique, le malade a été soumis à la biopsie des taches, provoquées par le vaccin Ponndorf.

L'examen (hématoxiline-éosine) ainsi que le montrent les microphotographies (fig. 4 et 5) indique :

La couche cornée de l'épiderme est devenue plus épaisse et contient des noyaux aplatis ; de plus, la couche cornée, se compose de différentes couches de cellules non comprimées, mais disposées en forme de feuilles. On discerne aussi ce qu'on appelle des micro-abcès. La couche granuleuse ne persiste pas partout. L'hypertrophie du corps muqueux affecte les intervalles interpapillaires, grâce à quoi on y rencontre des allongements en forme de filets rappelant des cornues. Ces papilles sont allongées et œdémateuses. Les vaisseaux sont dilatés et entourés d'une infiltration micro-cellulaire. L'aspect histologique possède donc tous les caractères fondamentaux du psoriasis et concorde parfaitement avec l'aspect clinique.

Fait digne d'attention : le malade, décrit ci-dessus, a eu avant l'apparition de l'éruption psoriasique des accès bien caractérisés de rhumatisme, qui se répercutaient aussi sur la peau.

Comme on le sait, beaucoup d'auteurs insistent particulièrement sur les rapports étroits du psoriasis et du rhumatisme (Milian, Bourdillon, Zorn et autres), ils croient même découvrir une origine commune à ces deux états morbides. Le cas cité plus haut vient à l'appui de cette hypothèse. En outre cette observation acquiert une signification particulière, si on prend en considération les courants médicaux actuels sur les affections rhumatismales; dans ces maladies, outre différentes autres considérations et causes, on admet toujours que les individus allergiques en sont affectés de préférence (Weintrand, Swift, Lucas, Mester, Ryter, etc.).

On connaît aussi la possibilité des manifestations de l'état allergique dans tel ou tel organe et des rapports périodiques entre elles. Dans le cas donné nous noterons seulement que sous l'influence

d'une seule inoculation Ponndorf les symptômes du rhumatisme ont rapidement disparu ; en revanche ce vaccin polyvalent a provoqué des éruptions psoriasiques chez un individu évidemment prédisposé aussi bien aux affections rhumatismales que psoriasiques.

Les cas cités, quoiqu'ils diffèrent entre eux, appartiennent cependant au groupe du psoriasis qu'il est admis de désigner jusqu'à présent sous le nom de psoriasis provoqué.

Chez le premier malade qui est atteint de psoriasis depuis plusieurs années, après la revaccination et aux endroits scarifiés, apparaissent des taches psoriasiques. Nous avons donc l'exemple classique du psoriasis local provoqué par la vaccination.

Tandis que dans le second cas on n'avait jamais noté chez le malade aucun symptôme de psoriasis et le vaccin Ponndorff a provoqué pour la première fois l'éruption psoriasique non seulement à l'endroit même de la scarification, mais l'éruption a été très abondante et très marquée dans d'autres parties du corps éloignées de l'endroit d'introduction de l'agent provocateur.

Par conséquent, la question se pose s'il y a une différence de principe entre les cas dans lesquels à l'aide de tel ou tel agent on peut provoquer une éruption localisée et isolée, et ceux où, en même temps les éruptions apparaissent dans les autres parties du corps plus éloignées de l'origine et de la manifestation du psoriasis en général.

Il semble que cette différence ne soit qu'apparente, en revanche il faut supposer que le mécanisme de l'action sera à peu près identique. Notamment les éruptions ne seront qu'une manifestation et qu'une expression de la réaction spécifique de l'organisme contre les différents stimulants. Ces causes d'excitation, on ne peut les connaître et les déterminer que dans un petit nombre de cas, dans d'autres cas elles sont très vraisemblables et dans la majorité des cas ne sont guère connues jusqu'à présent.

Les taches psoriasiques doivent être considérées comme le résultat d'une certaine réaction cutanée que différents agents peuvent provoquer.

De nombreux ouvrages et comptes rendus sur le psoriasis témoignent sans laisser aucun doute possible du fait que le malade possède une sensibilité de peau exceptionnelle, c'est-à-dire que les sti-

mulants qui provoquent l'éruption psoriasique n'ont pas la même action sur les autres individus.

On doit donc envisager la pathogénie du psoriasis du point de vue allergique. En effet, les psoriasiques font preuve d'une faculté de réaction modifiée dépendant de l'organisme même qui réagit et qui répond à l'idée de l'allergie dans sa conception large.

L'année passée nous avons fait des expériences ayant pour but de nous assurer de l'état allergique des psoriasiques.

Quoique les résultats de ces expériences aient été publiés (1), nous rappelons qu'elles avaient concerné les réactions intradermiques et que par suite elles avaient concerné aussi les apparitions des réactions focales ainsi que la réaction générale sous forme de crise hémoclasique.

En se basant sur ces expériences on peut affirmer que les réactions cutanées sont positives, diverses et jusqu'à un certain point spécifiques. Dans beaucoup de cas apparaissent simultanément des réactions focales. Les altérations humorales avaient le plus souvent l'allure de choc anaphylactoïde. Il est à remarquer que sous l'influence d'une cure désensibilisatrice le choc n'avait pas lieu et parfois le type de la faculté de réaction cutanée se transformait en manifestations pyodermiques. Ces recherches permettent d'affirmer avec certitude que le psoriasis est accompagné de phénomènes allergiques et que les antigènes (allergènes) diffèrent entre eux.

On voudrait constater dans les cas indubitables de psoriasis provoqué l'existence d'un état allergique dû à un seul agent.

Les observations faites sur les éruptions se rapprochant de celle de psoriasis, c'est-à-dire psoriasiformes qui surgissent par exemple dans la blennorragie ou la syphilis, semblent en témoigner également. Dans ces cas les éruptions disparaissent aussi au moment où le germe causal est supprimé ou bien rendu inoffensif et les altérations histologiques souvent ne diffèrent point du vrai psoriasis.

Il existe donc une étroite dépendance et un rapport bien net entre l'état allergique et le psoriasis. La preuve en est non seulement dans les faits connus généralement (fréquente apparition du psoria-

(1) Voir les *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIX, f. 2, 1933.

sis dans certaines familles, son caractère périodique et subit, etc.), mais dans les résultats des recherches qui s'appuient : sur la constatation des altérations humorales et la structure histologique des lésions après la réaction tissulaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bernhardt. — *Pamietn. Klinicz. Szp. S-go Lazarza*, t. II, 1932.
2. Mester. — *Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, 1932.
3. Mienicki i Ryll-Nardzewski. — a) *Przegl. Dermat.*, t. XXVII, 1932 ; b) *Acta Dermato-Venereol.*, t. XIV, 1933 r. (*Ibid.*, la bibliographie détaillée) ; c) *Dermatol. Wochenschrift*, t. XCVII, 1933.
4. Milian. — *Rev. Franç. de Derm. et de Vénér.*, t. IX, 1933.
5. Rytel. — *Nowiny Lekar.*, t. XLIII, 1931.
6. Zorn. — *Das Problem der psorias* (Leipzig), 1932.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en janvier 1934.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Etude expérimentale de la thermothérapie générale par les radiations à ondes courtes, par C. Levaditi et H. de Rothschild en collaboration avec J. Auclair, P. Haber, A. Vaisman et Mlle R. Schœn. *Annales de l'Institut Pasteur,* t. LII, nº 1, janvier 1934, p. 23.

Les recherches ont été effectuées avec un appareil analogue à celui de Carpenter et Boak, émettant des ondes d'une longueur de 22 mètres. Leurs expériences concernent la spirochétose des poules, l'infection engendrée chez la souris par *Trypanosoma evansi,* la toxoplasmose déterminée chez le lapin par *Toxoplasma cuniculi,* la polyarthrite de la souris due au *Streptobacillus moniliformis,* la rage, l'infection herpétique de la souris, la maladie provoquée chez la souris par le virus lymphogranulomateux de la maladie de Nicolas-Favre, la syphilis expérimentale et l'infection provoquée chez le rat par le *Spirochœta Duttoni.* Malgré que leurs essais n'autorisent pas de conclusions définitives, il est certain que les radiations à ondes courtes agissent curativement dans certains processus infectieux. Elles réalisent soit la guérison définitive, soit, tout au moins, la transformation de la maladie aiguë en une forme lentement évolutive, manifestement chronique. Il en est ainsi dans la toxoplasmose du lapin, la maladie expérimentale de Nicolas-Favre de la souris. Par contre, dans les infections aiguës et promptement mortelles engendrées par des spirilles (spirochétose des poules), des trypanosomes (*Tryp. evansi*) ou des ultra-virus (rage, herpès), les effets de la thermothérapie sont, pour ainsi dire, nuls. Pour la syphilis, l'activité curative et surtout préventive de la pyréthothérapie est hors conteste. Malheureusement, les effets prophylactiques et thérapeutiques sont loin d'être constants. Un facteur individuel intervient, et pour les maladies étudiées se dégage le principe fondamental que les radiations à ondes courtes et très probablement la thermothérapie générale, agissent non pas directement, en supprimant l'activité pathogène de l'agent

provocateur de la maladie, mais indirectement, par l'intermédiaire de l'organisme qui héberge cet agent. La thérapeutique pyrétogène facilite la stérilisation, ou la provoque, en augmentant l'efficacité défensive des moyens humoraux ou cellulaires que l'organisme met en jeu lors de la guérison spontanée. Quoi qu'il en soit du mécanisme de la pyrétothérapie, cette activité est loin de valoir celle des médicaments antisyphilitiques utilisés dans le but thérapeutique ou préventif tels l'arsenic, le bismuth, l'or, le tellure ou le mercure. H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Syphilides secondaires papulo-bulleuses simulant un érythème polymorphe, par P. Chevallier et M. Collin. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 1, janvier 1933, p. 24, 2 fig.

Un malade de 26 ans, porteur de chancre syphilitique avec sérologie négative, reçoit un traitement de 4,95 de novarsénobenzol du 9 janvier au 15 février. Le 6 mars, il se présente à nouveau avec une éruption des poignets et de la paume des mains. L'impression première est celle d'érythème polymorphe, mais trois bulles en bordure contiennent des tréponèmes. La sérologie est encore négative. H. Rabeau.

Herpès à bulles : herpès géant, par H. Gougerot, P. Lortat-Jacob, M. Albeaux-Fernet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 1, janvier 1934, p. 27, 1 fig.

Intéressante observation d'herpès géant à bulles de 8 à 12 millimètres. D'abord on ne pensa pas à l'herpès. Pourtant l'inoculation à la cornée du lapin donna une kératite puis une paraplégie herpétiques.

H. Rabeau.

Pseudo-chancre syphilitique du col utérin provoqué par l'application d'un comprimé de permanganate de potasse, par A. Carteaud et E. Bokowski. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 1, janvier 1934, p. 30.

Lacassagne et J. Friess avaient signalé les ulcérations génitales obtenues avec le permanganate dans un but de simulation. Les auteurs rapportent la curieuse observation d'une femme qui, se croyant enceinte, appliqua au niveau du col ultérin, dans un but abortif, trois soirs de suite, un comprimé de permanganate. Il en résulta une ulcération absolument ronde, grisâtre, simulant un chancre utérin.

H. Rabeau.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Paraplégie spasmodique avec troubles cérébraux d'origine hérédo-syphilitique (Maladie de Marfan), par D. Noica et E. Graciun. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXXVII, n° 1, janvier 1934, pp. 5-20, 11 fig. Bibliographie.

Début insidieux entre 4 et 12 ans par claudication légère. Au bout

d'un an, impotence des membres inférieurs, spasmodicité, troubles sphinctériens, signe d'A. Robertson, arrêt du développement intellectuel, parfois dysarthrie, Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide rachidien ; kératite interstitielle dans la moitié des cas.

Les auteurs apportent la première autopsie faite, montrant qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite diffuse primitive, avec lésions cellulaires et infiltration diffuse surtout dans le lobule paracentral, d'où découle une dégénérescence secondaire partielle du faisceau pyramidal. Cette affection se rapproche donc considérablement de la paralysie générale précoce infantile, mais s'en distingue franchement ainsi que de la méningo-myélite syphilitique, par certains caractères histologiques que les auteurs décrivent en détail. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Traitement du cancer épithélial de la peau par la cantharidine, par R. Dubois et V. Ball. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 97e année, 3e série, t. CX, no 4, pp. 791-793, 2 fig.

Trois ou quatre applications de solution à 1/100e dans le chloroforme, appliquée en badigeonnages au pinceau tous les deux jours, ont suffi pour nécroser et détruire complètement des nodules de cancer du goudron sur l'oreille d'un lapin. A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Intérêt pratique de la ponction sous-occipitale, par G. Basch. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 50e année, 3e série, no 2, 29 janvier 1934, p. 66.

B. montre la facilité technique et les avantages considérables de la ponction sous-occipitale, qui n'oblige pas le malade à interrompre ses occupations et lui évite les céphalées fréquentes après la ponction lombaire. Son usage permettra de réaliser au maximum la surveillance des syphilitiques et la prévention de la syphilis nerveuse à la phase inapparente de Ravaut. H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Application de l'analyse capillaire à l'étude de la constitution de l'alexine, par Otto G. Bier. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, no 3, 8 octobre 1933.

Une bande de papier-filtre est trempée dans du sérum frais de cobaye. 40 minutes plus tard, les 10 centimètres humectés sont découpés en fragments qu'on met chacun dans un tube en présence d'hémolysine et de globules rouges. L'expérience montre que les parties immergées et voisines ne contiennent pas de complément, alors qu'il existe dans

la partie supérieure de la bande de papier-filtre. D'autres expériences ont montré aux auteurs que ce résultat tenait à la disparition du troisième composant du sérum dans la partie inférieure du papier-filtre.

A. Bocage.

Etude analytique de l'antigène « Monilia albicans », par P. Negroni. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, n° 3, 2 et 9 novembre 1933, pp. 342-344.

Séparant par précipitation les principaux constituants de l'antigène aqueux total, l'auteur a constaté que la fraction hydrocarbonée ne fixe pas le complément, ne donne pas d'intradermo-réactions, mais est un bon antigène précipitant, tandis que la fraction protéique (non filtrée sur bougies) fixe bien le complément, sans donner de réactions de précipitation ni d'intradermo-réaction. Quant à la partie grasse, elle est inactive.

A. Bocage.

Lymphogranulomatose maligne et virus filtrant tuberculeux. Action activante des extraits acétoniques de Boquet et Nègre, par J. Sabrazès, F. Le Chuiton et J. Maugé. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, n° 2, 13 décembre 1933, pp. 171-174.

L'inoculation au cobaye d'émulsion de ganglions de lymphogranulomatose maligne, suivie d'injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch a permis de mettre en évidence, pour deux malades exempts de tuberculose classique, l'existence de bacilles acido-alcoolo-résistants, chez le cobaye dont les ganglions présentaient des lésions analogues à celles produites par le virus tuberculeux filtrant.

A. Bocage.

Résistance comparée « in vitro » de la mobilité des Tréponèmes pâles provenant des syphilomes testiculaires ou des ganglions lymphatiques du lapin syphilisé, par A. Bessemans et J. van Hælot. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, n° 2, 16 décembre 1932, pp. 196-199.

Contrairement à une opinion souvent admise, les auteurs trouvent la forme spirochétienne du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques, et, pensant qu'elle pouvait être une forme plus résistante, ils ont pu constater chez les spirochètes de cette origine une persistance dans les émulsions plus prolongée que celle des spirochètes d'origine testiculaire (8 heures contre 3 heures).

A. Bocage.

Contribution à l'étude du mécanisme de la transmission de la syphilis de la mère à l'embryon chez la lapine et la souris, par W. Nyka. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXIV, n° 39, 16 décembre 1933, pp. 1258-1269.

Infectant des femelles soit directement dans l'ovaire, soit sous la peau du ventre et les faisant féconder peu après, l'auteur recherche ensuite le virus syphilitique. Il a constaté sa présence sous forme filamenteuse à l'intérieur des ovocytes. Ceux-ci gardent leur aptitude à

la fécondation. Chez la souris, les œufs semblent se développer normalement, mais chez la lapine, ils avortent peu après la nidation.

A. BOCAGE.

L'intradermo-réaction de Frei chez les tabétiques, par C. LEVADITI et P. MOLLARET. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 2, 13 janvier 1934, pp. 107-109.

Sur 19 cas, une seule malade a une réaction franchement positive, sans aucun antécédent de maladie de Nicolas-Favre. Il n'est donc pas probable que cette maladie intervienne dans l'étiologie des lésions nerveuses du tabès.

A. BOCAGE.

I. Action de différents sels sur les globules rouges. II. Réaction de Bordet-Wassermann sur le sang préalablement soumis à l'action de certains sels, par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 1, 6 janvier 1934, pp. 30-34.

Dans ces deux notes, les auteurs montrent l'action différente de certains sels de mercure, de bismuth, sur les globules du sang de syphilitiques et de sujets normaux au point de vue de leur résistance à l'hémolyse en solution saline d'une part, et dans la réaction de Bordet-Wassermann, d'autre part.

Il est à noter aussi que les mêmes sels, le benzoate de mercure surtout, et le novarsénobenzol mis en contact avec des sérums syphilitiques, peuvent rendre négative la réaction de Bordet-Wassermann de ces sérums.

A. BOCAGE.

Nouvelles recherches sur le cycle évolutif du virus syphilitique, par C. LEVADITI, R. SCHŒN et A. VAISMAN. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 2, 13 janvier 1934, pp. 104-107.

Les résultats de l'inoculation de ganglions syphilitiques donnent les mêmes résultats, quand le greffon contient ou non des formes spirochétiennes.

A. BOCAGE.

Floculation de divers sérums dans l'eau distillée, par V. CHORINE et R. PRUDHOMME. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 3, 20 janvier 1934.

Mélangés à 9 parties d'eau distillée, les sérums, après 3 heures d'étuve à 37° et 20 minutes à la température du laboratoire, montrent une augmentation plus ou moins considérable de leur opacité mesurée au photomètre de Verne. La marge d'opacification des sérums normaux est comprise entre — 7 et + 11 ; celle des sérums syphilitiques entre — 2 et + 45 ; celle des sérums paludéens à réaction de Henry positive est de 40 à 90. La floculation des sérums syphilitiques en présence d'eau distillée ne présente aucun parallélisme avec la réaction de Vernes.

A. BOCAGE.

Presse Médicale (Paris).

Les récents progrès de la réaction de Bordet-Wassermann ; exposé d'une technique personnelle, par R. Demanche. *Presse Médicale,* 42e année, n° 3, 10 janvier 1934, p. 44.

Les particularités de la méthode proposée par D. et qui lui a donné des résultats excellents comparables à ceux de la réaction de Kahn sont : l'emploi d'une très faible quantité du sérum suspect, le titrage précis du système hémolytique et son contrôle par deux témoins au lieu d'un seul, enfin une très grande simplification des manœuvres de distribution qui en fait une vraie méthode de série par emploi d'eau physiologique, d'antigènes actifs, de globules sensibilisés. Cette technique est d'ailleurs applicable aux fixations de complément en présence d'antigènes microbiens, en particulier à la gono-réaction.

H. Rabeau.

Le traitement du xanthélasma, par A. Sézary. *Presse Médicale,* 42e année, n° 7, 24 janvier 1934, p. 139.

Dans cette note de médecine pratique, S. montre que le traitement médical du xanthélasma est décevant. L'insuline n'agit que s'il y a une hyperglycémie associée à l'hypercholestérinémie. Le traitement sera la destruction par un des procédés suivants : résection aux ciseaux suivie de suture, l'électro-coagulation, le galvano-cautère. L'électrolyse et la cryothérapie sont des méthodes moins intéressantes.

H. Rabeau.

Le traitement des ictères arsénobenzéniques des syphilitiques, par A. Sézary. *Presse Médicale,* 42e année, n° 7, 24 janvier 1934, p. 140.

S. qui, dans une précédente note, a fait une étude critique des doctrines qui ont été soutenues pour expliquer les ictères survenant chez les syphilitiques traités par les arsénobenzènes, donne quelques conseils de prudence pour la conduite du traitement. Dans la règle, suspendre le traitement antisyphilitique, soumettre le malade au traitement habituel de l'ictère catarrhal. Puis quand la jaunisse a disparu, reprendre le traitement antisyphilitique, cyanure d'abord, puis bismuth. Ce sera seulement trois mois après que l'ictère aura disparu, que l'on reprendra le traitement par les arsénobenzènes, à condition qu'aucun signe d'insuffisance hépatique ne persiste.

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Maladies en rapport avec des troubles dans la production des ferments (Dysfermentoses). Fermentothérapie, par J. Sellei. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, nos 9-10, septembre-octobre 1933, pp. 451-459. Bibliographie.

Considérations générales sur les maladies d'origine exocrinienne :

anémies par achylie gastrique et pancréatique, pellagre, certaines perlèches avec anémie d'origine gastrique (Leüwen), koïlonychie, sclérodermie qui, pour l'auteur, serait d'origine pancréatique, de même que certaines dermatites bulleuses et peut-être la maladie de Dühring.

A. Bocage.

Les épithéliomas multiples primitifs de la peau, par L. Chatellier et J. Gadrat. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, nos 9-10, septembre-octobre 1933, pp. 460-473, 1 fig. Bibliographie.

Ce travail ne concerne que les épithéliomas multiples se développant sur une peau jusque-là saine, non « préparée » par conséquent par une lésion antérieure (brûlure, ulcération chronique, etc.). Les auteurs apportent une observation personnelle du type à tumeurs saillantes, qu'il ne faut pas confondre avec les formes d'épithélioma érythématoïde ou pagétoïde. Ce sont presque uniquement des baso-cellulaires, parfois avec dégénérescence cylindromateuse ; très rarement, ce sont des épithéliomas mixtes. Il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire. L'origine embryonnaire de ces épithéliomas multiples est la plus vraisemblable.

A. Bocage.

Hypertension et accidents du novar, par G. Eliet. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, nos 9-10, septembre-octobre 1933, pp. 474-479.

Deux observations d'hypertendus faisant des manifestations érythrodermiques après traitement arsenical, à propos desquelles l'auteur insiste sur la fréquence des troubles sympathiques à l'origine de ces accidents.

A. Bocage.

Syphilide érythémato-œdémateuse résistant à l'arsenic, par G. Milian et L. Périn. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, nos 9-10, septembre-octobre 1933, pp. 480-482.

Un malade intolérant, traité au bismuth à la période présérologique, voit, 15 jours après mise au tréparsol, apparaître de larges placards infiltrés violet sombre, assez urticariens d'aspect, mais à contours circinés, notablement infiltrés, et modérément prurigineux en même temps que le Bordet-Wassermann devient positif. Histologiquement, œdème interfasciculaire, dilatation des lymphatiques, réaction péri-vasculaire conjonctive, surtout à « teinocytes ». Guérison rapide par le cyanure.

A. Bocage.

Eruption aurique biotropique directe sous forme d'érythème péri-lésionnel, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, nos 9-10, septembre-octobre 1933, pp. 483-487.

Jeune femme ayant des antécédents d'adénite tuberculeuse fistulisée, atteinte de tuberculides érythémato-papulo-bulleuses des jambes avec kératose pilaire et acrocyanose, traitée par la crysalbine et les rayons ultra-violets. Le traitement est suivi de réaction érythémateuse intense

au niveau des membres atteints : érythrodermie partielle au voisinage et autour des tuberculides, spécialement de la kératose pilaire. Apparition 3 semaines après le début du traitement, détente 3 semaines plus tard, guérison complète de l'érythrodermie et des lésions initiales après environ 4 semaines de plus.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une éruption biotropique directe et conclut : « Il y a donc lieu de retenir cette forme d'érythème rosé, sec, chaud, à desquamation vésiculeuse sèche ultérieure comme manifestation d'une tuberculose cutanée ».

Deux figures illustrant cet article sont publiées aux pages 516-517 du n° 11 de la *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, novembre 1933. A. Bocage.

Auride biotropique complexe mélange de lichen plan, de psoriasis et d'eczéma craquelé, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 11, novembre 1933, pp. 518-527, 3 fig.

Un tuberculeux pulmonaire traité par la crisalbine à petites doses jusqu'à un total de 3 gr. 55 voit son état respiratoire s'améliorer, et les bacilles disparaître de l'expectoration en même temps qu'apparaissent une stomatite et une éruption purpurique, qui se transforment pour prendre au moment où l'auteur voit la malade, les trois aspects : eczéma craquelé, psoriasis, lichen plan cutané et buccal, ce dernier aspect étant le dernier en date et typique seulement à la fin de l'évolution.

Ce cas s'ajoute à ceux qui font penser à l'origine tuberculeuse du lichen plan. A. Bocage.

Une forme rare de lichen plan. Papules périfolliculaires cornéennes en « pseudo comédons », par A. Kissmeyer. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 11, novembre 1933, pp. 528-531.

Forme caractérisée par des papules coniques, au centre desquelles un grain corné noir donne une certaine ressemblance avec un comédon. Les papules sont localisées aux mains, dispersées ou groupées en anneau, sans démangeaisons graves. La structure histologique est celle du lichen plan corné avec centre spinuleux. A. Bocage.

L'évolution clinique de l'herpès expérimental récidivant, par H. Hruszek. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 11, novembre 1933, pp. 532-541, 3 fig. Bibliographie.

Quand on part d'une souche d'herpès récidivant, l'inoculation peut donner deux types de lésions : soit un herpès banal qui évolue en quelques jours et pourra récidiver plus tard, soit une *poussée* caractérisée par l'apparition autour de la vésicule de première inoculation d'une plaque érythémateuse et de vésicules survenant après une incubation de 8 à 12 jours, et pouvant elles-mêmes être la source de nouvelles auto-inoculations de voisinage successives.

L'auteur décrit en détail l'aspect spécial, confluence et apparence

rupioïde, que prend l'élément herpétique initial dans les zones qui précèdent l'apparition des vésicules d'auto-inoculation qui caractérisent la « poussée ». A. BOCAGE.

L'acrodermatite syphilitique, par G. MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 12, décembre 1933, pp. 579-595, 7 fig.

Parmi les acrodermatites continues d'Hallopeau, ou phlycténoses d'Audry, il en existe de syphilitiques répondant à l'une des trois formes suivantes :

Forme sèche (kératose pulpaire), atteignant un ou plusieurs doigts, fréquente chez les hérédo-syphilitiques : kératose avec exfoliation de la pulpe au voisinage de l'ongle, avec plus ou moins d'épaississement et d'altérations de celui-ci au voisinage. Les fissures linéaires ou en Y de la pulpe digitale signent la syphilis.

Forme érosive et ulcéreuse : rougeur et desquamation étendue d'une phalangette limitée par un soulèvement épidermique de quelques millimètres de large ; souvent petite suppuration ; épaississement caractéristique de l'ongle. Réaction de Bordet-Wassermann souvent négative. Traitement très long et difficile. Parfois atteinte des orteils ; souvent kératose plantaire révélatrice.

Forme érosive phlycténulaire : rappelant la dyshidrose phlycténulaire et la phlycténose d'Audry. Longue durée, localisation stricte aux extrémités. Guérison parfois très rapide.

Quatre observations illustrent ce travail. A. BOCAGE.

Hygroma prérotulien syphilitique, par G. MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 12, décembre 1933, pp. 596-597, 1 fig.

Hygroma avec, au centre, deux gommes ulcérées et, de plus, des syphilides papulo-tuberculeuses en nappe du nez et de la jambe. Guérison par le traitement. A. BOCAGE.

Un cas d'ictère post-thérapeutique (ictère syphilitique), par P. PHOTINOS. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 12, décembre 1933, pp. 598-603.

Apparu 4 mois après une cure unique de 3 grammes de novarsénobenzol tout de suite après une série de 10 injections intraveineuses de mercure, il s'améliora rapidement par le bismuth.

A. BOCAGE.

Eruption érythémato-urticarienne prurigineuse à répétition par le 914, par G. MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 12, décembre 1933, pp. 604-612.

Six injections de 0,30 donnent chacune dans les 24 heures une réaction fébrile violente à 40° avec vomissements et éruption cutanée, sans autre symptôme que l'existence de pertes avec une érosion vul-

vaire à fuso-spirilles. Intradermo-réaction au novarsénobenzol négative. Aucune tendance à l'œdème, mais amaigrissement rapide.

L'éruption n'apparut qu'à la 2e injection (7e jour du traitement) — aussi l'auteur en fait-il un érythème du 9e jour — bien que très discrète la première fois, elle s'accrut progressivement pour être généralisée à la dernière expérience et survint toujours le lendemain de chaque injection. A. Bocage.

Pyodermite post-puerpérale varioliforme, par G. Milian et P. Fernet. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 12, pp. 613-616.

A la suite d'un accouchement septique, impétigo d'un type particulier avec croûtes épaisses, laissant des cicatrices et évoluant avec des poussées fébriles importantes. A. Bocage.

Erythrodermie psoriasique mortelle Rôle de la chrysarobine. par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 12, pp. 617-620.

Peu de temps après un traitement par le psothanol, des applications de chrysarobine à 1/200e amènent une érythrodermie généralisée fébrile paraissant plutôt être du type psoriasique que chrysarobinique. Après chute des œdèmes, une nouvelle application limitée de chrysarobine détermine une deuxième poussée fébrile avec exaspération de la rougeur et mort en hyperthermie au bout de quelques jours. Pas d'autopsie. A. Bocage.

La dermatoscopie en lumière de Wood, par H. Jausion et R. Giard. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 1, janvier 1934, pp. 2-16.

Excellente revue générale montrant l'intérêt de la fluoroscopie en lumière de Wood, surtout dans l'étude des pigmentations, des cicatrices, des intradermo-réactions demi-effacées, des teignes méconnues et trop tôt déclarées guéries. A. Bocage.

Les dermatoses justiciables des rayons X, par P. Cottenot. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 1, janvier 1934, pp. 17-26.

Résumé clair, précis, complet, des indications et des résultats de la radiothérapie dans les diverses affections cutanées.

A. Bocage.

Traitement des angiomes cutanés, par L. Périn. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 1, janvier 1934, pp. 27-39, 2 fig.

Exposé éclectique des indications et résultats des techniques à employer suivant les cas et l'âge des malades. Le lecteur y trouvera, avec des références bibliographiques pour les méthodes les plus récentes, des directives précises et détaillées qui conviennent aux diverses circonstances. A. Bocage.

Epithélioma kystique traité par les rayons X. Radiodermite ulcéreuse de la tempe. Mort, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, no 1, janvier 1934, pp. 43-51, 1 fig.

Observation d'un épithélioma kystique récidivant après exérèse chirurgicale, puis électro-coagulation. Après radiothérapie, escarrification dans la région temporale, infection locale, mort avec hémiplégie d'interprétation difficile (atteinte des centres nerveux par les radiations, méningite infectieuse par propagation, ou syphilis concomitante).

A. Bocage.

Revue de Médecine (Paris).

Le chancre syphilitique du vagin et sa pathogénie, par A. Sézary et G. Lévy. *Revue de Médecine*, 50e année, no 10, décembre 1933, p. 671.

Si on élimine les chancres de la portion juxta-vulvaire, le chancre syphilitique du vagin est une rareté. Les auteurs en étudient les raisons. Parmi elles, l'acidité du vagin, en particulier, le protège contre les microbes ; de plus il n'existe pas, comme à la vulve, des lésions traumatiques ou inflammatoires fréquentes, des glandes sébacées qui favorisent l'inoculation du tréponème. H. Rabeau.

La syphilis de l'estomac, par M. Pinard. *Revue de Médecine*, 50e année, no 10, décembre 1933, p. 682.

Dans cette revue générale, P. insiste sur la fréquence relative de la syphilis de l'estomac, opinion qu'il défend depuis longtemps. Elle revêt des formes cliniques variées : forme dyspeptique douloureuse, forme de gastrite chrotique, de gastrite interstitielle diffuse, d'ulcère d'estomac, de pseudo-cancer, de linite plastique syphilitique, forme sténosante. On conçoit tout l'intérêt qu'il y a à la reconnaître, étant donné les résultats remarquables du traitement spécifique.

H. Rabeau.

Cancer et syphilis, par A. Touraine. *Revue de Médecine*, 50e année, n0 10, décembre 1933, p. 691.

T. s'est attaché à l'étude des rapports de ces deux maladies. On trouvera dans ce beau mémoire les résultats de ses enquêtes et des diverses statistiques. Voici ses conclusions :

« Là où la syphilis est répandue, le cancer est fréquent ; là où elle est plus discrète, le cancer se raréfie. Le fait s'observe aussi bien dans le temps que dans l'espace, à travers les différentes contrées du globe, dans les diverses régions ou parmi la population d'un même pays.

Dans le plus petit groupement social, dans la famille, les deux maladies se combinent ou alternent souvent.

Enfin, chez l'individu, la syphilis est un facteur puissant pour le développement ultérieur d'un cancer. Le syphilitique devient un cancéreux quatre à cinq fois plus souvent que les autres sujets ; il le

devient plus prématurément aussi. Chez le cancéreux, la syphilis peut être retrouvée dans plus de la moitié, peut-être même dans les trois quarts des cas. Elle est donc une des principales causes du cancer.

La syphilis paraît agir en provoquant par ses lésions inflammatoires tardives, l'excitation chronique d'un organe. Aidée par des irritations locales cette excitation aboutit, à la longue, à l'évolution néoplasique. Des stades intermédiaires entre la syphilis et le cancer sont, d'ailleurs, réalisés par de nombreux états pré-cancéreux d'hyper ou de métaplasie. Certains d'entre eux, comme la leucoplasie, sont aujourd'hui communément rapportés à leur véritable origine, c'est-à-dire à la syphilis.

Certes, de nombreuses autres causes d'irritation chronique interviennent dans le développement des tumeurs malignes. Les lésions tuberculeuses, les agents physiques, tels que les rayons de Röntgen, ou chimiques, comme le goudron, peuvent déterminer l'inflammation locale cancérigène. Mais c'est à la syphilis qu'il faut reconnaître le principal rôle dans la genèse du cancer. » H. Rabeau.

Contribution à l'étude de l'immunité dans la syphilis expérimentale. Recherches sur l'immunité locale, par P. Gastinel et R. Pulvénis. *Revue de Médecine,* 50e année, décembre 1933, p. 718.

Lorsque le traitement rend le tégument du lapin sensible à une seconde inoculation, la région antérieurement infectée offre une résistance manifeste au nouvel apport de virus. Cette immunité régionale est la dernière à céder. La non-réceptivité tégumentaire commence à l'endroit où a siégé le chancre pour se généraliser ensuite. Néanmoins, elle garde toujours son caractère contingent adapté à une souche donnée. Il est à penser que le mécanisme de l'immunité syphilitique réside en un procesus histogène qui conditonne les modalités de la résistance de l'organisme à un nouvel apport de virus. H. Rabeau.

Syphilis et prostitution. Importance de la surveillance médicale, par P. Renault. *Revue de Médecine,* 50e année, décembre 1933, p. 729.

Plus le contrôle médical est rigoureux, plus le nombre d'individus soumis à ce contrôle est important par rapport à la population totale du pays, plus la lutte contre la syphilis est efficace. Le Danemark, pays où est établi le régime de la déclaration et du traitement obligatoires, ainsi qu'un réglementarisme intensifié et étendu, est celui où la syphilis est le plus en régression. Ce contrôle doit s'appliquer à toutes les prostituées ; le dépistage et la lutte contre la prostitution clandestine en sont l'indispensable corollaire. Le régime le plus mauvais est l'abolitionnisme pur et tous les régimes qui s'en rapprochent.

H. Rabeau.

Algérie Médicale (Alger).

Nouveau cas algérien de Xeroderma pigmentosum avec épithélioma, par Lombard, Montpellier, Bartoti et Chiapponi. *Soc. Méd. d'Alger*, 15 décembre 1933. *Algérie Médicale*, 1934, p. 26.

Les auteurs rapportent l'observation du 8e cas algérien de *xeroderma pigmentosum* chez un Kabyle de 10 ans. Grosse tumeur de la face avec aspect bigarré de la peau ; état général bon. L'examen histologique a montré un épithélioma spino-cellulaire fortement kératinisant.

P. Vigne.

Bruxelles Médical.

Remarques sur la kératite interstitielle hérédo-syphilitique, par F. Terrien. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 10, 9 janvier 1934.

D'une statistique de 230.000 malades observés à l'Hôtel-Dieu, T. recherche les causes favorisant la kératite hérédo-syphilitique. La tuberculose et les troubles endocriniens, si fréquents dans le sexe féminin, tiennent la première place. L'auteur envisage les différents modes de traitement non spécifiques et spécifiques. Parmi ces derniers, le mercure tient la première place. Il insiste sur l'importance du traitement prophylactique. H. Rabeau.

Le traitement des hérédo syphilitiques, par M. Pinard. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 11, 14 janvier 1934, p. 363.

Il ne faut pas se contenter de traiter les accidents, mais on doit instituer le traitement contre la maladie, par suite traiter les hérédo-syphilitiques même sains en apparence, chaque fois que le dépistage en est fait par le médecin et particulièrement à la naissance ou avant le mariage. H. Rabeau.

Syphilis et endocrines, par V. Lespinne. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 12, 21 janvier 1934, p. 396.

La syphilis infectant spécialement certains organes très vascularisés, comme les glandes endocrines, peut produire des désordres fonctionnels de ces organes, fragilisant les glandes vasculaires sanguines en amenant le dysfonctionnement ou supprimant la fonction. L'épreuve thérapeutique, montrant les bons résultats du traitement associé alors que le traitement endocrinien et le traitement syphilitique employés isolément restaient sans action, apporte une confirmation clinique de cette pathogénie. H. Rabeau.

Traitements spécifiques et non spécifiques dans la syphilis oculaire, par Van Lint. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 12, janvier 1934, p. 407.

Le rôle de l'oculiste est de guérir les manifestations oculaires de la syphilis, et non la syphilis elle-même ; les traitements spécifiques et non spécifiques ont chacun leur utilité, mais ces derniers l'emportent en importance. H. Rabeau.

La syphilis inapparente du système nerveux, par P. Ravaut. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 13, 28 janvier 1934, p. 426.

Des belles recherches poursuivies depuis plus de trente années par R. sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, il résulte que les signes biologiques décelés par l'analyse du liquide céphalo-rachidien précèdent les signes cliniques. Il est donc nécessaire de ponctionner *systématiquement* les syphilitiques pour mettre au jour ces formes inapparentes de syphilis nerveuse. De ces formes inapparentes, les unes par un traitement approprié n'arriveront jamais à la phase clinique, formes latentes curables, les autres constituent les formes précliniques. La connaissance de ces faits que l'on doit à R. permettra un diagnostic précoce, un traitement convenable, et réalisera la prophylaxie de la syphilis nerveuse. H. Rabeau.

Oreille et syphilis, par C. Hennebert. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 13, 28 janvier 1934, p. 443.

Les accidents secondo-tertiaires, d'une part, ceux de l'hérédo-syphilis d'autre part, atteignant le labyrinthe, forment deux tableaux symptomatiques tout à fait distincts : la neuro-labyrinthite secondaire ou tertiaire ; la labyrinthite hérédo-syphilitique tardive, maladie strictement auriculaire, localisée au labyrinthe, étrangère à tout processus intracrânien. H. Rabeau.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Lichen spinulosus et hypersensibilité folliculaire dans la folliculite atrophiante sycosiforme du cuir chevelu (Lichen spinulosus und folliculäre Ueberempfindlichkeit bei Folliculitis atrophicans sycosiformis capillitii), par E. Zurhelle et W. Beijerinck. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 1, 6 janvier 1934, p. 1, 4 fig.

La concomitance d'une folliculite atrophiante du cuir chevelu et de *lichen spinulosus* sur le corps a été signalée et étudiée par les auteurs américains et anglais. Quel est le lien qui unit ces deux maladies si dissemblables cliniquement ? Z. et B. ont observé un cas typique chez une jeune femme. Ils ont obtenu d'un des foyers (abcès dermique consécutif à une biopsie) une culture de staphylocoque doré, dont ils ont fait un vaccin. L'injection de vaccin provoque une réaction folliculaire et, trois heures après l'inoculation, une augmentation des éosinophiles du sang. Sans vouloir exagérer le rôle d'un microbe aussi répandu que le staphylocoque doré, les auteurs tirent de ces constatations la conclusion que ce complexe symptomatique est lié à une sensibilité folliculaire. L. Chatellier.

Sur les alopécies chez les bœufs (Ueber die Scherflechte bei Rindem), par W. Schmidt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 1, 6 janvier 1934, p. 9, 3 fig.

Dans la Westphalie du Nord, l'enquête sur les trichophyties humaines

d'origine bovine, a montré que chez l'homme et chez l'animal, c'est le *Trichophyton rosaceum* qui est le plus souvent en cause ; *T. faviforme* et *T. gypseum asteroides* ont été plus rarement trouvés.

Chez les bœufs, en particulier les vieux animaux, on rencontre, à côté des plaques d'alopécie formées par des formations croûteuses épaisses, des formes plus bénignes avec desquamation légère et chute modérée des poils, des plaques d'alopécie avec desquamation périphérique qui constituent des formes d'alopécie, et enfin des lésions atypiques avec desquamation pityriasique et fragilité des poils. Cette dernière forme est particulièrement dangereuse, car son aspect bénin ne laisse pas supposer son caractère infectieux. L. CHATELLIER.

La radiothérapie du lupus (Die Rontgentherapie des Lupus), par E. HESSE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 1, janvier 1934, p. 19.

A la Réunion annuelle de la Société allemande de la Lumière, on a étudié la thérapeutique du lupus vulgaire par les rayons. H. se borne, dans cette note, aux rayons X et aux rayons limite. Ces derniers sont d'un emploi encore trop récent pour qu'on puisse les juger définitivement. Restent les rayons X. Zieler et Hoeder, rapporteurs, ont écrit : « Il est possible de guérir le lupus par la seule radiothérapie » ; il convient de compléter cette règle par la suivante : « Il n'y a aucune méthode dans le traitement du lupus qui cause autant de désastres que la radiothérapie ». Tous les procédés connus sont capables de guérir les lupus dans presque tous les cas ; seule la radiothérapie n'y peut prétendre. Car, si les rayons X guérissent certains cas de lupus, on n'est pas en droit d'employer une méthode qui met la peau malade et la peau avoisinante saine dans une situation telle que la lutte contre le bacille est rendue difficile et même impossible. Les rayons, durs ou mous, lèsent les tissus sains et détruisent les vaisseaux nourriciers. Ils peuvent, à la rigueur, servir d'adjuvant à la Finsenthérapie ; pour le praticien, « le lupus ne doit pas être traité par les rayons X », car, même entre les mains expérimentées, ils causent plus de déboires qu'ils n'ont d'utilité. L. CHATELLIER.

Sur la calcification des cellules géantes dans le lupus vulgaire (Ueber Verkalkungen in Riesenzellen bei Lupus vulgaris), par H. LOOS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 2, 13 janvier 1934, p. 45, 5 fig.

Chez un malade présentant un placard lupique de l'avant-bras gauche, l'histologie montre un dépôt calcaire, en couches concentriques, ordonnées le plus souvent autour de cellules géantes. Cette transformation calcaire est rare.

La disposition concentrique des dépôts témoigne d'une calcification périodique. La présence des masses calcaires dans la zone des sudoripares, la proximité des glomérules ou des excréteurs sudoripares militent en faveur d'une sécrétion sudorale modifiée et de produits de dégénérescence d'origine cellulaire. Les constatations histologiques ne

parlent pas en faveur d'une origine épithéliale des cellules géantes, car on ne rencontre pas de formes de transition entre cellules géantes et cellules épithéliales. L. CHATELLIER.

Eruption circinée de kystes épidermiques consécutive à un impétigo (Zirzinäre Epithelzystenaussaat im Gefolge von Impetigo contagiosa), par G. NOBL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 2, 13 janvier 1934, p. 50, 2 fig.

Un enfant de 5 ans est atteint d'*impetigo contagiosa* de la face, qui dure 14 jours. A la suite de cet impétigo, débute une éruption de petites perles, dont la disposition reproduit à peu près exactement le contour de l'impétigo. Ces perles sont de petits kystes épidermiques. Artz a publié une observation récente d'une éruption analogue aux sièges mêmes de foyers impétigineux, situés sur les mains, dans un cas d'épidermolyse bulleuse dystrophique héréditaire.

L. CHATELLIER.

Sur l'étiologie de la pustulose vacciniforme aiguë de Kaposi-Juliusberg [Zur Ætiologie der Pustulosis vacciniformis acuta (Kaposi-Juliusberg)], par H. FREUND. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 2, 13 janvier 1934, p. 52, 2 fig.

Juliusberg, en 1898, donna la description de cette éruption singulière et rare, qu'il appela pustulose vacciniforme aiguë. Kaposi, 5 ans auparavant, l'avait déjà signalée. C'est une maladie très rare puisque F. en compte 6 observations avant la sienne. Elle frappe les enfants du premier âge, souvent atteints d'eczéma chez qui se dévelope une éruption aiguë, souvent étendue avec forte fièvre, d'éléments pustuleux rappelant la variole ou la vaccine ; la mort est très fréquente (4 fois sur 7). Dans le cas de F. la culture révèle du staphylocoque doré ; l'inoculation à la cornée du lapin provoque une kérato-conjonctivite aiguë, qui est inoculée à un deuxième lapin. La cornée du lapin est enlevée et examinée au microscope : on y trouve des corpuscules de Guarnieri. Après guérison de l'enfant, la vaccination réussit. F. tient l'affection pour une vaccine bénigne compliquée par du staphylocoque virulent. L'existence de manifestations nerveuses, légères et fugaces chez le petit malade de F., pose la question d'une atteinte du système nerveux central. Dans deux cas, F. a constaté des lésions du parenchyme nerveux.

L. CHATELLIER.

Recherches sur la résistance du virus herpétique (Versuche über die Resistenz des Herpesvirus), par H. HRUSZEK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 3, 20 janvier 1934, p. 73, 1 fig.

H. rappelle les expériences qui ont été effectuées sur la résistance du virus de l'herpès. Il s'agit d'expériences sur l'animal. H. a étudié cette résistance par inoculation à l'homme. Dans cet article, il expose les recherches qu'il a faites sur l'influence du sérum et du liquide céphalo-rachidien mis en contact pendant un temps variable avec un virus

éprouvé. Il inocule en même temps le virus pur, puis un mélange virus + sérum d'un des 4 groupes sanguins. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

Un contact entre virus et sérum inférieur à 8 heures ne modifie guère la virulence ; après 8 à 24 heures, il y a atténuation rapide des réactions.

Les tendances à la récidive ne sont nullement modifiées si le contact entre le virus et le sérum ne dépasse pas 8 heures. Les résultats sont identiques avec le liquide céphalo-rachidien.

De ces recherches, résulte aussi la possibilité du transport par le sang et le liquide du virus à diverses parties du corps.

L. Chatellier.

Pour l'étude des lésions cutanées par le thallium (Zur Kenntnis der Hautschädigungen durch Thallium), par A. Philadelphy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 3, 20 janvier 1934, p. 78.

P. rapporte 3 cas d'intoxication par le thallium, qui présentaient les symptômes suivants :

L'alopécie frappait tous les poils, y compris les follets ; était respectée la partie médiane des sourcils.

Dans l'un des cas, il existait, en outre, un érythème isolé, bien limité, des extrémités digitales autour de l'ongle et de la peau qui recouvre les articulations des premières phalanges des mains. Tous les malades offraient une strie transversale colorée de la lunule.

L. Chatellier.

Le dosage des Rayons X en unités « r » dans les dermatoses (Die Dosierung von Röntgenstrahlen in r- Einheiten bei Hautkrankheiten), par E. Uhlmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 3, 20 janvier 1934, p. 81.

Dans cette revue, U. montre l'importance d'un dosage précis des rayons X. Le dosage par les procédés physiques, dont l'unité « r » est l'expression conventionnelle, permet justement une rigueur indispensable à la radiothérapie, par l'emploi d'instruments qui suppriment l'empirisme d'autrefois. U. choisit, avec chiffres à l'appui, un certain nombre d'exemples. Article utile au radiothérapeute.

L. Chatellier.

Sensibilité acquise aux plantes (Erworbenen Pflanzen-Uberempfindlichkeit), par A. Kletetschka. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII. n° 3, 20 janvier 1934, p. 86.

Une femme de 46 ans présente un eczéma dyshidrosiforme des mains, sans cause apparente. 6 semaines après, récidive violente avec extension à la face. On trouve dans la chambre de la malade des *Sparmania africana*, dont le tronc et les feuilles sont revêtus d'un fin duvet. L'épreuve épidermique avec une feuille provoque une réaction vive. Guérison après suppression des plantes. La substance sensibilisante est inconnue.

L. Chatellier.

Syphilis congénitale et denture (Lues congenita und Gebiss), par W. Schwisow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 4, 27 janvier 1934, p. 103, 10 fig.

Dans cet intéressant article, S. précise les caractères morphologiques, les conditions étio-pathogéniques de la dent d'Hutchinson. Il la sépare avec soin des altérations rachitiques ou traumatiques ou infectieuses (carie) qui la simulent et sont si souvent causes d'erreur.

A côté de la dent d'Hutchinson, il place les lésions de la première molaire (dent de 6 ans), lésions si bien décrites par Pflüger et désignées par lui : molaire en bourgeou ıKnospen Molärı. La première molaire normale est fournie aux dépens de 5 à 6 ébauches, qui correspondent aux saillies définitives ; la syphilis peut, comme pour l'incisive médiane, léser la partie médiane et réduire les saillies à 4, rétrécir le diamètre supérieur de la dent et, grâce à une différenciation insuffisante des tubérosités, lui donner l'aspect d'un bourgeon fermé ; il en résulte donc que le plus grand diamètre transversal de la dent, au lieu de passer à la partie supérieure, passe par la région du collet.

Il est probable que, dans la pathogénie de ces malformations, les glandes endocrines, les parathyroïdes, jouent un rôle important.

Ces lésions dentaires sont des signes qui doivent faire rechercher la syphilis par tous les moyens. Isolées, elles ne suffisent pas à en affirmer, avec certitude, l'existence. L. Chatellier.

Progynon et repousse des cheveux (Progynon und Haarwachstum), par Janson. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 4, 27 janvier 1934, p. 114.

Burchardt et Kun ont obtenu, chez l'animal, une repousse active des poils par injections de progynon. J. a voulu expérimenter chez la femme l'effet de ce produit. Il a pu vérifier que la repousse des cheveux (nuque) normaux est accélérée après emploi de ce produit ; que la repousse est activée après les maladies fébriles et dans la pelade.

L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Etude sur la nature du Pityriasis rosé (Beitrag zur Natur der Pityriasis rosea), par P. Photinos. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 4, janvier 1934, p. 187.

La cause du pityriasis rosé est encore inconnue. Il y a plus d'arguments cliniques et microscopiques en faveur d'une genèse exogène qu'en faveur d'une origine interne. Du Bois, le premier, y a trouvé des « spores » ; fait confirmé par de nombreux auteurs et par P. lui-même, et pour la première fois en Grèce. Les deux premières observations de P. pouvaient être rapportées à une contamination et rappellent les cas de Chevallier. Les quatre observations de P. confirment l'opinion de

O. Lassar qui pense que « l'agent supposé peut être transporté sur la peau par les tricots et les étoffes de laine, quand ces vêtements sont employés neufs ou n'ont pas été récemment lavés après une longue conservation ». Il est nécessaire de recourir à des recherches systématiques sur les efflorescences récentes pour établir la signification des « spores ».

L. Chatellier.

Sur le pityriasis rubra pilaire (Ueber Pityriasis rubra pilaris), par W. Schilling. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, n° 4, janvier 1934, p. 190.

S. s'est efforcé, à propos de 7 cas personnels, de préciser l'étiologie de cette affection. En effet, on admet surtout trois étiologies du *pityriasis rubra* pilaire : la tuberculose, une infection indéterminée et des causes nerveuses. Mais il convient surtout d'établir si d'autres facteurs n'interviennent pas dans la genèse de la maladie. Elle apparaît à tout âge, avec une préférence pour le jeune âge : des 7 malades de S., la plus âgée avait 24 ans. Le caractère familial du *pityriasis rubra* pilaire est inconstant (1 fois sur les 7 malades), mais l'hérédité intervient sûrement puisque, dans 2 cas, la mère et l'enfant étaient atteints, l'enfant presque à la naissance, fait jusque-là non signalé. Le rôle des affections concomitantes est imprécis : S. n'a pas trouvé de tuberculose chez ses malades ; l'un d'eux était atteint de rhumatismes articulaires, comme l'avaient déjà signalé Mayer et Besnier. Dans un cas, le *pityriasis rubra* pilaire était associé à la maladie de Little et, au cours du traitement, apparut un vitiligo.

Les infections intercurrentes modifient parfois les caractères de l'éruption. La grossesse n'a aucune action sur elle. S. a étudié chez deux malades le métabolisme : il a constaté une modification du métabolisme des graisses, une diminution de la cholestérine sanguine et une augmentation de NaCl du sang.

Il n'est pas encore possible de tirer des conclusions de telles constatations, pleines d'intérêt cependant et qui demandent d'autres recherches.

L. Chatellier.

Sur une réaction rare après injection de néosalvarsan (Ueber eine Seltene Nebenerscheinung nach Neosalvarsanspritzung), par L. Sirota. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 4, janvier 1934, p. 198.

L'injection intraveineuse, chez les patients sensibilisés, peut déterminer des douleurs sacro-lombaires avec raideur dorsale. Cette manifestation fait partie du complexe angio-neurotique ; l'adrénaline souscutanée peut la prévenir. La pathogénie de cet accident rare n'est pas encore éclaircie.

L. Chatellier.

Sur le problème de la disposition dans l'herpès d'inoculation, en considération du sexe, de l'âge, de la température et des groupes sanguins (Zum Problem der Disposition beim Impfherpes. Berücksichtigung des Geschlechts, Alters, Temperatur und der Blutgruppenverteilung), par H. Hruszek. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 4, janvier 1934, p. 201.

Par l'inoculation de l'homme à l'homme, on peut distinguer deux groupes de virus. Dans l'un, la lésion d'inoculation évolue vite vers la guérison complète, sans poussée ni récidive ; dans le second, la lésion d'inoculation est accompagnée d'une poussée de voisinage, même avant la guérison, ou elle est suivie de récidives plus ou moins chroniques. N'y aurait-il pas, outre les différences de virulence, des facteurs individuels tenant au sexe, à l'âge, à la température et aux groupes sanguins ? H. a utilisé pour ses expériences plusieurs souches de virus herpétique.

Sur les 100 malades injectés (44 hommes et 56 femmes), l'anamnèse a révélé des poussées antérieures chez 30 o/o des sujets, dont 16 femmes ; par rapport aux groupes sanguins, le groupe A et le groupe O ont la plus grande fréquence (19 pour A, 7 pour O). Quant aux récidives, le sexe n'exerce aucune influence sur leur répétition, ni l'âge des malades, ni la température. Dans les groupes sanguins, le groupe O paraît particulièrement prédisposé aux récidives. L. Chatellier.

Arbeiten aus dem Pathologischen Institut der Universitæt Helsingfors (Finlande).

Sur le lichen ruber plan, avec considérations particulières sur les cellules de Lipschütz (« centrocytes ») [Ueber Lichen ruber planus, mit besonderer Berücksichtigung der Lipschütz-zellen (« Zentrozyten »)], par T. E. Olin, tiré à part de *Arbeiten aus dem Pathologischen Institut der Universität Helsingfors*, n. s., t. VII, fasc. 3-4, 1933, p. 331, 10 fig.

Lipschütz, dans le lichen plan et d'autres dermatoses, a décrit les lésions cellulaires qui frapperaient le microcentre et qui se traduiraient par l'apparition de granulations ou de corpuscules doubles, dispersés ou accumulés dans le protoplasma cellulaire. Ces « dyscentrocytes » ou, mieux, ces « centrocytes » se rencontrent dans de nombreuses affections : pityriasis rosé, rougeole, roséole, lichen plan ; leur présence, dans le derme et l'épiderme, est caractéristique et permettrait de réunir toutes les maladies où on les rencontre, dans le groupe des « centrodermoses ». Lipschütz a fait une étude particulière de ces centrocytes dans le lichen plan, car les « centres pathologiques » y sont bien développés.

L'auteur a repris l'étude de ces centrocytes dans 12 cas de lichen plan. De cette étude histologique minutieuse, il tire les conclusions suivantes :

Dans le lichen plan, les centrocytes (qu'il propose d'appeler cellules de Lipschütz) existent de façon régulière. Ce sont des histiocytes dont le protoplasma contient des granulations de taille variable, facilement colorables (hématoxyline-éosine, hématoxyline de Heidenhain, bleu de toluidine, bleu polychrome, May-Grunwald-Giemsa, etc.). On les rencontre en plus grand nombre à la limite du derme et de l'épiderme, aux endroits surtout où il y a œdème de la basale et des prolongements

interpapillaires et où l'on constate de nombreuses cellules en régression. Parfois, ces cellules de Lipschütz se voient aussi entre les cellules basales, plus rarement dans le rete malpighien ou, dans le sens opposé, dans l'infiltrat dermique profond. Dans ce dernier cas, on peut les surprendre dans la lumière des capillaires et les veines.

La théorie de Lipschütz, qui faisait de ces granulations des centrioles appartenant à des microcentres « pathologiques » n'est plus soutenable. En effet, on n'a jamais trouvé de formes de transition entre les microcentres typiques et les « centres pathologiques », les caractères morphologiques et la répartition des granulations (qui sont parfois extracellulaires) ne répondent pas au microcentre normal. Surtout par l'hématoxyline de Heidenhain (procédé de choix pour le microcentre), seule ou après hématoxyline-éosine, on met en évidence un microcentre normal à côté des granulations.

Ces granulations sont vraisemblablement des produits de condensation provenant des produits, probablement liquides, de désintégration des cellules épidermiques et endothéliales. On n'est donc plus en droit de réunir en un seul groupe les diverses affections où ces lésions cellulaires se rencontrent, comme l'avait proposé à tort Lipschütz.

L. Chatellier.

Revista medica de Pernambuco.

Un cas de Bouba tertiaire (Um caso de bouba terciara), par Rinaldo de Azevedo. *Revista medica de Pernambuco,* 3e année, no 11, novembre 1933, p. 319.

Les boubas et la syphilis, résultant de l'action de germes appartenant à la même famile, ont donné lieu à de fréquentes confusions.

D'après quelques auteurs, l'histo-pathologie fournirait des arguments irréfutables pour établir une distinction entre les deux maladies. Il est classique de dire que l'on trouve de très nombreux parasites sur les coupes lorsqu'il s'agit de boubas et qu'on n'en voit que très peu ou même pas du tout lorsqu'il s'agit de syphilis. Dans la pratique, la différenciation du *T. pallidum* et du *T. pertenue* offre souvent de sérieuses difficultés.

Un malade de 13 ans présente de nombreuses lésions en divers points de la surface cutanée. Elles ont la forme de petits nodules ou de taches arrondies et infiltrées. Certaines sont légèrement douloureuses, les autres sont complètement indolentes. Au bout de quelque temps, ces lésions se ramollissent, s'ulcèrent et l'on note que les unes progressent tandis que les autres se cicatrisent.

On ne trouve aucun tréponème dans les sécrétions. La réaction de Bordet-Wassermann est négative, le liquide céphalo-rachidien est normal.

L'examen histologique montre une couche cornée épaissie et détachée

par endroits. La couche malpighienne, également épaissie, est le siège de multiples micro-abcès.

Le derme est très infiltré par des éléments polymorphes, par des lymphocytes et des cellules plasmatiques. On note une augmentation discrète des fibroblastes. Les vaisseaux sont bourrés d'hématies, mais ont des parois normales.

Le malade est traité localement par des applications de pommades de Reclus et d'iode, et à l'intérieur par du néosalvarsan. La guérison est complète après l'administration de 2 gr. 10 de la préparation arsenicale.

L'auteur conclut à des lésions de bouba tertiaire.

J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude de la bismutothérapie intraveineuse dans la syphilis (Contribution al estudio de la bismutoterapia intravenosa en sifilis), par RAMIRO SANZ MALDONADO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 3, décembre 1933, p. 183.

R. S. M. a traité 177 syphilitiques par des injections intraveineuses de diméthylarsinate de bismuth. Le composé organique contient en poids 29 o/o de bismuth métal et 31 o/o d'arsenic pentavalent. Les injections sont faites tous les deux jours à des doses progressivement croissantes (de o gr. 02 de bismuth métal à o gr. 08). La quantité injectée au cours de la série est de 1 gramme à 1 gr. 50 de bismuth métal.

L'auteur conclut à la supériorité de ce mode d'administration sur l'introduction intramusculaire de préparations insolubles ou liposolubles.

Son efficacité constante a cependant pour contre-partie une toxicité qui, d'après l'auteur, n'a rien de redoutable si l'on observe certaines règles. La préparation utilisée doit être d'une pureté parfaite. Il ne faut pas injecter d'emblée de fortes doses, mais procéder par échelons et, au besoin, ne pas dépasser 4 à 6 centigrammes. Il convient de procéder à une légère sélection des malades. J. MARGAROT.

Zonas atypiques (Zonas atipicos), par ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 3, décembre 1933, p. 194.

Un malade, atteint de syphilis latente, présente un zona ophtalmique et, dans le cours du même mois, une éruption discrète mais étendue à tout le corps, de vésicules répondant soit à une varicelle, soit à un herpès zoster généralisé.

Chez un autre sujet, un zona intercostal droit typique s'accompagne de douleurs du type zostérien du côté gauche du thorax, suivant un trajet exactement symétrique. Il s'agit vraisemblablement d'un zona bilatéral d'évolution normale à droite et abortif à gauche.

J. MARGAROT.

Modification de la réaction d'éclaircissement de Meinicke. Premières impressions (Modificacion de la reaccion de aclaramiento de Meinicke. Primeras impresiones), par M. Hombria et M. S. Carbonero. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 3, décembre 1933, p. 195.

M. H. et S. C. obtiennent, sur 509 sérums de sujets syphilitiques, 82,4 o/o de résultats positifs avec la réaction type de Meinicke (M. K. R.) et 84,4 o/o avec la même réaction modifiée (M. K. R. II).

D'après ces résultats, la sensibilité et la spécificité des deux techniques sont à peu près égales. La seconde paraît cependant nettement supérieure à la première par sa simplicité et par sa rapidité.

J. Margarot.

Un cas de syringocystadénomes (Un caso de Siringocistoadenomas), par L. Lombart, J. Beguiristain et J. Maneru. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 3, décembre 1933, p. 201, 8 fig.

Étude clinique et histologique d'un cas de l'affection dénommée syringocystadénome par Unna et Toröch, mais dont la première description clinique et anatomique a été faite en 1887 par Jacquet et Darier.

L'observation est assez semblable à celles qui ont été publiées antérieurement. L'examen histologique met en évidence un très grand nombre de kystes et de cordons en état de dégénérescence vacuolaire. Le contenu des kystes est pulvérulent et sans structure dans la majorité des cas. Parfois, cependant, on note des vestiges d'une transformation cornée.

Le tissu conjonctif présente une dégénérescence colloïde. Il existe des lésions épidermiques de nature régressive.

Les auteurs ne trouvent aucun point de contact entre ces lésions et les éléments de la peau normale (glandes sudoripares, sébacées, épiderme) et croient devoir rejeter l'interprétation première de Jacquet et Darier qui les rattache à des altérations des glandes sudoripares adultes. Plus conforme aux faits leur paraît être l'hypothèse de Töröck qui a été adoptée par Unna et qui fait dériver les kystes de rudiments de glandules sudoripares aberrants se développant d'une manière anormale à un moment donné de l'existence.

L., B. et M. ne peuvent toutefois se résoudre à abandonner complètement la théorie épidermique de Philippson. La présence d'éléments cornés dans quelques kystes est nettement en sa faveur.

Ils concluent à une malformation cutanée atteignant tous les éléments de la peau et dans laquelle chacun d'eux intervient plus ou moins suivant les cas. Cette idée, entrevue par Darier, est celle à laquelle se rallient actuellement plusieurs auteurs et en particulier Pasini.

J. Margarot.

Traitement de la lépro-réaction par le pyramidon (Tratamiento de la leprorreaccion con el piramidon), par P. Montanes et E. Negro. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, no 3, décembre 1933, p. 212.

L'évolution chronique de la lèpre comporte des phases aiguës que

l'on désigne sous les noms d'éruption aiguë, de poussée, de fièvre lépreuse ou de lépro-réaction. Le dernier terme est le plus communément adopté.

L'auteur passe en revue les différentes modalités de ces poussées qu'il rattache à une irruption plus ou moins brusque dans le torrent circulatoire d'amas bacillaires provenant de granulomes arrivés à maturité.

Divers traitements ont été mis en œuvre en pareil cas. On trouve prescrits le chlorure de calcium, l'urotropine, le bicarbonate de soude associé à l'antipyrine et à la phénacétine, le citrate de potasse, le carbonate de chaux et la magnésie, la liqueur de Fowler, la quinine, l'éphédrine, l'adrénaline.

L'auteur utilise la technique suivante :

Dès l'apparition des phénomènes aigus, il suspend le traitement spécifique. Le malade garde la chambre. Il est mis à la diète et purgé. Il prend ensuite 30 centigrammes de pyramidon toutes les 3 heures jusqu'à ce que la courbe thermique soit revenue à la normale. A partir de ce moment les doses sont espacées.

Des courbes comparatives schématisant les résultats des diverses méthodes thérapeutiques sont nettement en faveur du traitement préconisé par l'auteur. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Ebauche d'un historique de la dermatologie espagnole (Bosquejo historico de la Dermatologia española), par Benito Fernz-Gomez et Fermin Cubero del Castillo. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, novembre 1933, n° 98, p. 59.

La syphiligraphie et la dermatologie tiennent une place glorieuse dans l'histoire de la médecine espagnole. Les auteurs ébauchent à grands traits les principales étapes de cette spécialité depuis le xve siècle jusqu'à la fondation de la Société espagnole de dermato-syphiligraphie, en 1908.

Ils citent au passage plusieurs noms parmi lesquels nous relevons ceux de Gaspar Cazals, à qui l'on doit la première description de la pellagre, de Nicolas Alfaro, d'Olavide, adepte enthousiaste des idées de Bazin, de D. Juan de Azua y Suarez enfin, dont les doctrines se rattachent à celles de l'école austro-allemande de Hebra.

J. Margarot.

Quelques particularités du lichen plan de Wilson (Algunas particularidades del liquen plano de Wilson), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 9e année, n° 98, novembre 1933, p. 63.

S. de A. signale quelques cas de lichen plan dans lesquels l'apparence initiale ne semblait pas permettre ce diagnostic : Chez une jeune

fille, des lésions rouges et squameuses avaient d'abord fait penser à un psoriasis. Dans une autre observation, la première manifestation avait été étiquetée : dermatite séborrhéique du tronc.

Le lichen plan causé par les arsenicaux n'est pas prurigineux. Son évolution est entièrement subordonnée au traitement en cours. Il disparaît spontanément après sa cessation et serait mieux dénommé dermite arsenicale lichénoïde. L'auteur note le comportement différent du lichen cutané et de celui des muqueuses vis-à-vis de la médication arsenicale. Il n'a jamais vu le cancer comme séquelle du lichen plan ou de son traitement. J. MARGAROT.

Epithélioma développé sur un lupus érythémateux (Epitelioma sobre lupus eritematoso), par Francisco LANA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9[e] année, nº 98, novembre 1933, p. 67, 5 fig.

L'auteur a vu chez deux malades un épithélioma se développer sur un lupus érythémateux.

Ses deux observations personnelles portent à 95 le nombre des cas connus à ce jour. De l'ensemble des faits qu'il a pu réunir se dégage l'importance étiologique des lésions cicatricielles et plus particulièrement des modifications tégumentaires causées par les rayons X. La rœntgenthérapie, peu efficace et très dangereuse, doit être complètement rejetée du traitement du lupus érythémateux.

J. MARGAROT.

Dermite provoquée par le goudron de la chaussure (Dermatitis debida al alquitran del calzado), par Rafael LANCHA-FAL. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9[e] année, nº 98, novembre 1933, p. 81.

R. L. apporte de nouvelles observations d'une dermite des pieds essentiellement caractérisée par du prurit et par des lésions de type imprécis papulo-vésiculeuses avec des crevasses interdigitales et desquamation plantaire.

On trouve en même temps sur la peau des taches grisâtres que le lavage ne fait pas disparaître. Des taches analogues existent sur les chaussettes. Les unes et les autres sont dues au port de souliers imprégnés de goudron et démontrent l'origine de la dermite artificielle.

J. MARGAROT.

Superinfection syphilitique (à propos de deux observations) (Superinfeccion sifilitica) (con motivo de dos casos observados), par Eduardo de GREGORIO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9[e] année, nº 98, novembre 1933, p. 89.

Une femme accuse des maux de tête. On note dans ses antécédents un avortement ; elle n'a jamais eu de chancre, ni d'accidents syphilitiques, mais les réactions sérologiques sont positives (Wassermann, Hecht, Kahn et M. T. R.). Elle reçoit 2 gr. 70 de néosalvarsan et 12 injections de protoxyde de bismuth. Aucun traitement n'est suivi ultérieurement. Les réactions sérologiques sont constamment négatives.

Quatre ans après, on constate un chancre syphilitique de la grande lèvre avec présence de tréponèmes. Les réactions sérologiques sont positives cinq jours après le premier examen.

Un autre malade, traité pour un chancre syphilitique avec réactions sérologiques positives, reçoit 5 gr. 50 de néosalvarsan, deux séries de 12 injections de protoxyde de bismuth et un peu plus tard 4 grammes de néosalvarsan et 10 injections de bismuth. Un an après le début, on constate un nouveau chancre sur le point où était le précédent avec lymphangite de la face dorsale de la verge et adénopathie, présence de tréponèmes et sérologie négative.

D'après E. de G., il ne saurait être question de réinfection chez des sujets guéris, le traitement ayant été manifestement insuffisant. Il conclut dans le premier cas à une superinfection par des germes venus de l'extérieur et, dans le second, à une pseudo-réinfection par récidive chancriforme. J. Margarot.

Nævus syringocysto adénome papillifère (Werther). Hydradénome verruqueux fistulo-végétant (Darier) (Nevus Siringocistoadenoma papilifero (Werther). Hydradenome verruqueux fistulo-vegetant (Darier)), par Carlos Cardenal. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 98, novembre 1933, p. 123, 2 fig.

Un sujet de 23 ans présente depuis sa naissance, sur la région pariétale gauche postérieure, une tuméfaction pédiculée de consistance souple, du volume d'une pièce de deux pesetas, de coloration jaunâtre, d'aspect graisseux et dont la surface se trouve à la fois creusée et remplie d'excroissances.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur adénoïde des glandes sudoripares sans métastases. C. souligne l'anarchie de l'orientation des canaux excréteurs sudoripares et des excroissances papillaires dont les unes sont orientées vers la périphérie et les autres vers l'intérieur.

Il note l'existence d'un léger infiltrat lymphocytaire et de nombreuses cellules plasmatiques. Les fibres élastiques ont disparu. Les acini glandulaires sont entourées d'une membrane anhiste, caractéristique des adénomes sudoripares.

Il n'existe dans ce cas aucune relation avec l'épiderme, ni avec les glandes sébacées, ni avec les follicules pileux ; par contre, la ressemblance des lésions avec les glandes sudoripares est indéniable et démontre leur origine.

L'origine nævique de la tumeur ne fait aucun doute pour l'auteur.

J. Margarot.

Notre statistique et notre critère relatifs aux réactions sérologiques irréductibles (Nuestra estadistica y nuestro criterio respecto a las reacciones serologicas irreductibles), par Jaime Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 98, novembre 1933, p. 149.

L'auteur limite le concept de Bordet-Wassermann irréductible aux

cas dans lesquels la positivité est perpétuelle et ne tient pas à une simple résistance au traitement.

Sur 8.000 malades, 11 présentent des réactions sérologiques ayant incontestablement ce caractère.

Ils comprennent .: 3 hérédos ne présentant ni manifestations cliniques, ni dystrophie ; 1 tabétique ; 2 cas de syphilis matrimoniale ignorée ; 3 cas de syphilis congénitale avec une symptomatologie active.

L'auteur discute les divers facteurs pathologiques qui ont été invoqués. Dans le cas qu'il apporte, l'explication lui paraît tenir à l'évolution parallèle de deux faits qui sont, l'un, la résistance sérologique, l'autre, la résistance médicamenteuse ou, plus exactement, suivant les conceptions personnelles de J. P., la *fatigue médicamenteuse.*

J. Margarot.

Morphologie des dermatoses allergiques de la première enfance (La alergia cutanea en la primera infancia. Reunion dermatologica de Barcelona. Sociedad catalana de pediatria (De nuestro corresponsal cientifico el S. F. Wüst Berdaguer). II sesion. Sesion del 13 de octubre de 1933). *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 9e année, n° 98, novembre 1933, p. 163.

L'auteur distingue les dermatoses qui sont de nature allergique pure et celles dans lesquelles l'allergie ne constitue qu'un facteur accessoire. Étudiant les premières, il passe successivement en revue les prurigos simples qui peuvent s'eczématiser ou se lichénifier en donnant lieu au prurigo de Besnier ou au prurigo de Hebra, l'urticaire, l'œdème de Quincke et les eczémas.

L'alimentation, les substances médicamenteuses, les troubles gastro-intestinaux, les agents physiques (température, lumière, pression, etc.) sont surtout en cause.

Un deuxième groupe de faits réunit les lésions cutanées explicables par une allergie locale.

J. Margarot.

Allergie cutanée de la première enfance. Thérapeutique de l'allergie cutanée (Alergia cutanea en la primera infancia. Terapeutica de la alergia cutanea), par Jaime Peyri et A. Casanovas Viade, rapporteurs. Réunion de Dermatologie de Barcelone, session du 13 octobre 1933. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 9e année, n° 99, décembre 1933, p. 203.

Les rapporteurs passent en revue les nombreuses méthodes de désensibilisation. En ce qui concerne leur utilisation, J. P. estime qu'il y a lieu de distinguer trois groupes de faits.

Le premier se rapporte à des eczémas, à des eczématides dus à une réceptivité locale et essensiellement justiciables d'un traitement local

Dans le second groupe, il s'agit d'états hyperallergiques et anaphylactiques dans lesquels existent des sensibilisations vis-à-vis d'antigènes particuliers (urticaires, prurigo, eczéma primaire du centre des joues, etc...). Il est indiqué de soumettre l'enfant à un régime et de recourir à une thérapeutique désensibilisante.

Le troisième groupe réunit des lésions cutanées ayant commencé par un état local microbien ou trichophytique qui entraîne dans la suite une sensibilisation de la peau, totale ou partielle, et facilite la formation et la dissémination de manifestations semblables. Telle est la maladie de Leiner qui répond initialement à une séborrhéide et qui, en se généralisant, prend un caractère érythrodermique.

Les thérapeutiques locale et générale doivent être associées. Ces malades sont spécialement tributaires d'un traitement soit par un autovaccin, soit par un vaccin-stock. J. Margarot.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Altérations histologiques expérimentales de quelques organes internes à la suite de l'administration de préparations antiluétiques, par Michele Bronzini. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 1, janvier 1934, p. 3, 12 fig.

L'auteur, après avoir passé en revue les différentes préparations utilisées pour le traitement de la syphilis et les inconvénients relatifs qu'elles peuvent présenter, expose les résultats de quelques expériences qu'il a entreprises. Il a administré, à des groupes de lapins, des doses normales, moyennes et toxiques, de préparations arsénobenzoliques, bismuthiques et mercurielles, et a étudié, au point de vue histo-pathologiques, les altérations éventuelles des organes internes. Celle-ci peuvent se résumer, pour ce qur concerne les doses normales, à des faits de légère hyperémie aux dépens du tissu hépatique, et on été rencontrées seulement au cours de l'emploi de l'arsenic. L'administration de doses moyennes de préparations antiluétiques, par contre, a toujours fait constater une foxicité plus grande de l'arsenic par comparaison avec les autres médicaments employés.

Enfin, avec des doses toxiques, on a obtenu des altérations très graves, particulièrement chez les animaux traités par l'arsenic et le mercure, tandis que chez ceux appartenant à la série du bismuth, les altérations rencontrées étaient toujours de moinde importance.

Au point de vue pratique, par conséquent, l'auteur met en garde tous ceux qui font usage desdites préparations, particulièrement arsénobenzoliques, et recommande de ne pas dépasser les doses qui pourraient déterminer des altérations même légères des organes internes.

Ce travail est accompagné de quelques microphotographies qui montrent les principales altérations rencontrées. Belgodere.

Observations sur les blastomes cutanés. V. Cheilite abrasive précancéreuse (Contribution clinique et histologique à la connaissance des lésions précancéreuses), par Gilberto Mangonotti. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 1, janvier 1934, p. 25, 16 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit huit cas de lésions abrasives superficielles de la lèvre inférieure, dont l'aspect clinique évoquait l'idée de lésions absolument banales et faisait exclure toute idée de néoplasme. Du reste ces lésions guérissaient avec la plus grande facilité et sous l'influence des médications les plus simples. Mais elles présentaient cette particularité de récidiver facilement. Enfin, dans deux de ces cas, à des récidives répétées on vit succéder un véritable néoplasme.

M. discute le diagnostic différentiel de ces lésions, éliminant successivement : l'impétigo, les aphtes chroniques récidivants, l'ulcus *neuroticum*, les lésions traumatiques, les lésions causées par le froid, le lichen *ruber planus*, l'eczéma, la leucoplasie, le psoriasis, le pemphigus et les formes bulleuses en général.

Il arrive ainsi à classer ces lésions das le groupe des *cheilites*, dont il envisage les différents types : cheilite exfoliative de Mikulicz et Kummel, cheilite par le rouge à lèvres, cheilite glandulaire apostémateuse de Volkmann, cheilite glandulaire simple, blastomes divers (kystes, angiomes, lymphangiomes, lipomes, adénomes des glandes muqueuses), maladie de Bowen, maladie de Paget.

Les cas observés ne pouvaient se rapporter à aucune des affections ainsi énumérées et il convient donc de les considérer comme un groupe à part.

M. fait ensuite une étude histologique très approfondie de ces lésions qui ne saurait être résumée, mais qui montre d'une manière générale :

a) des altérations de l'épithélium telles que : augmentation du volume des bourgeons interpapillaires ou, au contraire, leur atrophie, orientation anormale des cellules, diversité de leur volume, etc... ;

b) des altérations du mésenchyme, consistant dans une prolifération notable des éléments cellulaires, dégénérescence des fibres du collagène, fragmentation des fibres élastiques, ectasies capillaires, etc...

Il discute la signification de ces altérations histologiques et tente d'en donner une interprétation pathogénique. Il conclut que les *cheilites abrasives* peuvent être considérées comme des expressions morphologiques banales, mais qu'elles ont cependant une notable valeur, parce qu'elles indiquent des réactions et un état particulier des tissus, qui peut constituer le substratum d'une condition précancéreuse des tissus.

Pour cette raison, il est important de les bien connaître, et de les surveiller avec attention, afin de prendre en temps opportun les décisions thérapeutiques nécessaires. BELGODERE.

La réaction de Davis dans le diagnostic des tumeurs malignes et en particulier des tumeurs cutanées, par G. MARICONDA. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 1, janvier 1934, p. 68.

Parmi les réactions biologiques qui ont été proposées pour le dépistage précoce du cancer, il en est une qui, si sa valeur était établie, présenterait un intérêt tout particulier en raison de la simplicité de sa technique, c'est la *réaction de Davis*, qui est basée sur l'extraction

au moyen de l'acide chlorhydrique et de l'éther, d'une substance de coloration rouge (le « corps de Davis ») qui serait contenue dans l'urine des cancéreux. On n'est pas d'accord sur la nature exacte de ce « corps de Davis ». Quoi qu'il en soit, l'inventeur de ce procédé annonce un pourcentage de positivité de 100 o/o et d'autres ont obtenu des proportions impressionnantes, qui varient de 75 à 95 o/o.

M. a entrepris des recherches de contrôle qui ont porté :

1° Sur une série de 46 cancéreux ; il a obtenu seulement 37 o/o de positivité, toutefois, cette proportion s'élève à 50 o/o si l'on tient compte seulement des cancers cutanés.

2° Sur une série de 114 sujets atteints d'affections diverses, il a rencontré 14,4 o/o de résultats positifs et, dans 4 cas, des résultats tantôt négatifs, tantôt positifs.

3° Sur 14 femmes enceintes, qui ont donné 21,42 o/o de positivité, et sur 6 accouchées, qui ont donné 16,6 o/o de positivité.

Chez un des malades, atteint d'épithélioma baso-cellulaire, dont la réaction était positive, cette réaction est devenue négative après ablation de la tumeur.

Toutefois, bien que le pourcentage de positivité de la réaction de Davis soit plus élevé dans le cancer que dans les autres maladies, M. estime que cependant cette proportion est trop faible pour que la réaction soit pratiquement utilisable, d'autant plus que la proportion des cas positifs dans les maladies non cancéreuses n'est pas négligeable, ce qui laisse des doutes sur la spécificité de la réaction.

Technique de la réaction : dans une capsule de verre, on verse 50 centimètres cubes d'urine fraîche non filtrée et on y ajoute 5 centimètres cubes d'HCl pur. Le liquide est porté lentement jusqu'au voisinage de l'ébullition. On laisse refroidir lentement et on ajoute 15 centimètres cubes d'éther sulfurique pur ; on laisse ce mélange en contact dans un récipient cylindrique bien fermé, pendant 24 heures, en agitant de temps en temps. Au bout de 24 heures, on décante l'éther et on le fait évaporer dans une capsule de porcelaine. La coloration du résidu indique le sens de la réaction.

Réaction positive : résidu rouge vif ou rouge brique.

Réaction négative : résidu jaune clair ou marron foncé.

BELGODERE.

Recherches sur les influences réciproques entre les microbes et les mycètes causes de dermatoses, par Giorgio FALCHI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. X, fasc. 1, janvier 1934, p. 75. Bibliographie.

Lorsque l'on fait des ensemencements de lésions cutanées causées par des champignons, on voit souvent se développer dans les cultures, en même temps que le mycète des microbes divers qui pullulent sur la peau, et la question se présente naturellement à l'esprit de savoir dans

quelle mesure ces microbes associés peuvent intervenir dans l'aspect et l'évolution de la dermatomycose.

Il existe, en effet, entre les différents microbes des actions de stimulation, d'antibiose, de synergie, d'antagonisme ; il est logique de penser que des actions semblables peuvent aussi bien exister entre les microbes et les mycètes.

L'auteur a entrepris des recherches pour élucider cette question et il expose dans le présent travail les résultats qu'il a obtenus *in vitro*, se proposant ultérieurement d'entreprendre une seconde série de recherches *in vivo*.

Trois séries d'expériences, où ont été mis en présence, d'une part, les microbes suivants : pyocyanique, colibacille, staphylocoque, et deux ferments, *Monilia* et Torupsidacée ; d'autre part, les mycètes : *Tr. Gypseumasteroides, Tr. violaceum, Microsp. lanosum, Achor. Schoenlenii.*

Premier groupe. — *Action du microbe sur le mycète :* le pyocyanique, le staphylocoque, le *Monilia* ont exercé une action inhibitrice nette sur le développement de trois des mycètes, le *M. lanosum* s'étant montré plus résistant. Le colibacille a eu une action très faible. Des résultats à peu près semblables ont été constatés par les expériences complémentaires : *a*) ensemencement d'un mélange de germes et de mycètes ; *b*) ensemencement simultané sur deux points d'un même terrain ; *c*) ensemencement sur terrain vacciné ; *d*) ensemencement sur terrains additionnés d'extrait bactérien.

Deuxième groupe. — *Action du mycète sur le microbe : a*) ensemencement de microbes sur terrains additionnés de filtrat de mycète ; *b*) ensemencement sur terrains vaccinés par des mycètes. L'influence du mycète sur le développement des microbes s'est montrée très faible.

Troisième groupe. — Expériences pour déterminer l'éventuelle importance des variations du *p*H occasionnées par les germes sur le terrain, pour expliquer leur influence antagoniste sur le mycète. Ces variations du *p*H n'ont pas paru exercer une influence appréciable.

L'auteur estime donc que les faits d'antagonisme révélés par ses expériences doivent être interprétés comme étant dus à une *action directe* des microbes sur les mycètes, et qu'elle doit être attribuée à leur action toxique et enzymatique.

Suit une revue des différents travaux antérieurement effectués sur la même question. BELGODERE.

Contribution à la connaissance des dermatoses végétantes des organes génitaux féminins (Pseudo-Lues papuleuse de Lipschütz), par MANCA PASTORINO. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 1, janvier 1934, p. 91, 5 fig. Bibliographie.

La constatation de lésions papuleuses végétantes sur les organes génitaux externes de la femme oriente tout naturellement de prime abord le diagnostic vers la syphilis. Mais, si ce diagnostic se confirme le plus souvent, encore convient-il de ne pas se contenter d'impressions super-

ficielles, car un grand nombre d'affections plus rares peuvent réaliser des aspects semblables ou analogues et il peut en résulter des erreurs dont on conçoit sans peine l'importance.

P. rapporte l'histoire d'une femme de 52 ans, paludéenne, ayant fait sa ménopause, qui fut d'abord atteinte, à la vulve, de prurit et de sensations de brûlure, puis, 4 mois plus tard, apparurent les lésions suivantes : sur le bord des grandes lèvres, 4 à 5 élevures cupuliformes, papuloïdes, de la grosseur d'un pois, rose brunâtre, de consistance dure et élastique, ayant, les unes des téguments sains, les autres présentant des abrasions, celles-ci bordées par un petit ourlet épidermique décollé.

Au point de vue histologique : hyperacanthose à type verrucoïde, intense infiltrat leucocytaire avec prédominance des éléments neutrophiles sur les éosinophiles. Cet infiltrat, de caractère diffus, avec prédominance dans le derme papillaire et moyen, s'étendait à tout le corps muqueux, où il constituait fréquemment des micro-abcès contenant des granulocytes neutrophiles. En outre, dans les régions qui paraissaient les plus récentes, on constatait des cavités intra-épidermiques avec toutes les caractéristiques des formations bulleuses, et dans ces cavités, abondaient des groupes de strepto-staphylocoques.

Au point de vue bactériologique, en outre de ces strepto-staphylocoques, on constatait, sur la surface des érosions, des spirilles dont les uns avaient les caractères du spirochète *refringens*, les autres une grande ressemblance avec le tréponème. En outre, association fuso-spirillaire. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke étaient négatives.

On élimina la syphilis, et tout d'abord le diagnostic s'orienta vers le pemphigus, si bien qu'on institua le traitement de Leszczyncki, au bichlorure de quinine et atropine, qui améliora rapidement l'état général de la malade, en même temps que les lésions vulvaires guérissaient, mais si rapidement qu'on ne pouvait attribuer cette guérison au traitement et que le diagnostic de pemphigus fut abandonné.

P. discute longuement le diagnostic avec toutes les affections vulvaires qui peuvent simuler un tableau clinique analogue : condylomes acuminés, chancre mou végétant, urticaire perstans papuleuse, *lichen ruber planus, lichen obtusus*, lichénifications hypertrophiques de Pautrier et Bizzozzero, pemphigus végétant de Neumann, dermatite de Dühring, herpès végétant.

Toutes ces diverses affections ne peuvent être retenues.

Reste alors un autre groupe, celui de *Dermatoses pyogéniques végétantes*.

Il en existe différents types : la forme granulomateuse de Truffi, la variété papillomateuse et verruqueuse de Bosellini. Ces formes, elles non plus, ne peuvent se rapporter au cas étudié.

Reste alors une autre forme, qui a été décrite dans leur *Manuel*, par Desaux et Boutelier : formes impétiginoïdes, dans lesquelles l'épiderme, la bulle s'étant rompue, devient végétant, forme une plaque hémisphé-

rique unique, à surface lisse ou légèrement mamelonnée, de couleur rouge-brun, entourée d'une collerette blanche. Cette forme, selon les auteurs, est l'exagération d'un phénomène banal, en ce que, sur des processus ou dermatoses intertrigineuses ou eczémateuses, à évolution chronique, par l'intervention, ou un réveil de virulence du *staphylocoque*, la prolifération épithéliale peut acquérir un développement excessif et donner des végétations.

P. pense que le cas qu'il vient d'étudier se rapporte tout à fait aux faits signalés par Desaux et Boutelier.

Lipschütz, en 1931, a décrit aussi les lésions analogues, sous le nom de *pseudo-lues papuleuse*. P. pense que la lésion décrite sous ce nom rentre dans la même catégorie et doit être considérée comme une variété pyogénique végétante d'une dermatose classique.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Sur le concept d' « autonomie » et de « région » dans la physiopathologie générale de la peau, par CAPELLI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 1, janvier 1934, p. 1.

Cette intéressante leçon de pathologie générale cutanée débute par cette remarque : si autrefois on a commis l'erreur de ne voir dans la peau qu'un organe de protection mécanique, on a peut-être tendance à l'heure actuelle, à commettre l'erreur inverse d'un *endogénisme* trop absolu, et à considérer toute manifestation cutanée comme un épiphénomène d'altérations générales ou de viscéropathies.

On a bien été obligé cependant de constater que les faits s'accordaient souvent mal avec une telle conception, et qu'il fallait bien reconnaître à la peau une certaine *personnalité*, une certaine *autonomie*.

Il serait du reste contraire à la *loi des proportions* que la nature observe d'habitude dans ses manifestations, qu'une cause interne puisse léser gravement la peau sans marquer aucune trace sur les organes internes.

Parmi les éléments constitutifs de la peau, les vaisseaux et les nerfs sont ceux qui sont en relation les plus directes avec les systèmes centraux. Et cependant, dans la peau, à mesure que leur importance mécanique décroît, ils voient leur importance physiologique s'accroître, si bien que l'on est venu à parler d'un *cœur périphérique*, qui obéit à des mécanismes autonomes indépendants du mécanisme central. De même, pour le système nerveux, à côté des réflexes à arcs diastaltiques à travers les centres du névraxe, on admet l'existence de réflexes axoniques plus courts, à déterminisme local.

La *sensibilité*, le *dermographisme*, obéissent ainsi manifestement, dans certains cas, à des influences locales. Le *métabolisme organique* lui-même, obéit en partie aux facteurs locaux, pour les glucides comme

pour les protides et les lipides, et on a pu dire de la peau qu'elle constituait un véritable *foie périphérique*.

Aussi, les altérations rencontrées dans le milieu hématique ne peuvent-elles pas toujours nous donner l'explication des altérations de la peau. Cette autonomie se manifeste également pour les phénomènes d'*allergie*, ainsi que le montrent bien les faits négatifs dans l'épreuve de Praussnitz-Kustner et les expériences de greffe homoplastique.

Il faut donc admettre que, dans les diverses expressions physiologiques et pathologiques de la peau, entrent en jeu deux facteurs : l'un *général*, émanation des directives fondamentales de la biologie et de la pathologie de tous les appareils organiques, l'autre *local*, auquel les tendances unitaires sur la physiologie tissulaire donnent de jour en jour plus d'importance et qui possède une relative autonomie.

Un autre concept s'affirme aussi actuellement de plus en plus, celui de *région*. Il existe indubitablement en dermatologie un « régionalisme pathologique », ainsi que le démontrent les aspects morphologiques spéciaux qu'affectent certaines dermatoses dans certaines régions déterminées, les « sièges de prédilection » de certaines affections cutanées, les conditions de prédisposition en rapport avec des variations du substratum anatomo-physiologique. De nombreuses recherches ont montré, dans ces dernières années, la « non-uniformité de l'ample surface cutanée », les variations de résistance aux courants électriques, les différences de potentiel électrique, de température, de pH, de fonctions sécrétoires, de kératopoïèse, de transpiration insensible, de fonction sensitive, de métabolisme, qui démontrent bien que le *climat biologique* de la peau est variable suivant les régions.

Le Pr C. conclut que l'autonomie cutanée doit être comprise « comme une faculté et une tendance que possède la peau à suivre, en outre des hautes directives régulatrices de la vie organique, en harmonie de fine corrélation avec les autres appareils, aussi et surtout, les normes d'un auto-gouvernement, lesquelles règlent, d'une part sa participation aux phénomènes les plus importants de la vie physiologique, d'autre part aussi sa morbidité ».

Belgodere.

Sur un cas de syphilis pulmonaire, par Luigi Peracchia. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 1, janvier 1934, p. 15, 3 fig. Bibliographie.

Longtemps méconnue, la syphilis du poumon est aujourd'hui beaucoup plus souvent reconnue, grâce aux moyens de diagnostic nouveaux que nous ont apportés les progrès scientifiques : radiologie, sérologie, thérapeutiques plus actives. Et aussi grâce aux perfectionnements de nos connaissances histologiques, au point que Letulle affirmait que le poumon était presque toujours atteint chez les syphilitiques.

Après une mise au point de l'état actuel de la question, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, et après avoir montré que les diverses classifications proposées sont un peu artificielles, car on ren-

contre en réalité presque toujours une association de divers types lésionnels, l'auteur rapporte une observation personnelle :

Homme de 30 ans, présentant des troubles pulmonaires fébriles, accompagnés d'une épididymite suppurée avec fistules, cet ensemble faisant naturellement penser tout d'abord à la tuberculose.

Mais il n'y avait pas de bacilles de Koch et la réaction de Bordet-Wassermann était positive, l'état général bien conservé au bout de six mois de maladie, et les sommets étaient intacts. A l'examen radiologique, opacités de la base du poumon droit (localisation la plus fréquente de la syphilis du poumon). La syphilis ayant été suspectée, on institua un traitement de cyanure et l'on vit la fièvre céder dès les premières injections. Le traitement, continué par le novarsénobenzol et le Bi amena une amélioration rapide, en un mois, des lésions pulmonaires et testiculaires, ce résultat thérapeutique venant confirmer brillamment le diagnostic.

L'auteur discute néanmoins le diagnostic clinique et montre que cette discussion ne peut aboutir cependant qu'à des probabilités, car il n'y a pas de signes cliniques évidents de la syphilis pulmonaire.

C'est surtout l'examen radiologique qui mettra sur la bonne voie, et c'est surtout le résultat thérapeutique qui emportera la conviction.

BELGODERE.

Pityriasis rosé (contribution statistico-clinique), par Aldo MARCOZZI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 1, janvier 1934, p. 30. Bibliographie.

Travail de statistique sur les cas de pityriasis rosé observés à la Clinique de Pise pendant cinq ans, de 1928 à 1932. 82 cas sur 10.700 malades, soit un pourcentage de 0,71. 50 hommes pour 32 femmes. Prédominance de 16 à 35 ans. Maximum des cas en mars, minimum en avril-juillet.

BELGODERE.

Rhinophyma traité par la diathermo-coagulation, par FIUMICELLI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 1, janvier 1934, p. 35. 3 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas de rhinophyma qu'il a traité par la diathermo-coagulation avec un excellent résultat. Cette méthode lui paraît être le procédé d'élection. Le traitement est bien toléré et peut être employé sans anesthésie régionale ou locale.

BELGODERE.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

L'éruption varicelliforme de Kaposi (Kaposi's varicelliform eruption), par BROWN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLVI, janvier 1934, p. 1, 2 fig.

Kaposi a décrit sous ce nom une éruption rare, survenant comme complication de l'eczéma infantile. Il se produit subitement à la face et quelquefois sur les régions voisines une poussée de vésico-pustules

ombiliquées, accompagnée d'une fièvre à 40°. De nouvelles poussées se succèdent pendant 4 à 8 jours, puis la température baisse, les pustules se dessèchent et l'enfant guérit habituellement, l'évolution de cette complication étant le plus souvent bénigne. Il persiste quelquefois des pigmentations et même des cicatrices.

Kaposi attribuait cette complication à une infection mycosique secondaire. Dans des cas analogues, Rasch a trouvé du streptocoque. B. en étudie un nouveau cas dans lequel l'infection était due au staphylocoque. S. FERNET.

Actinomycose cutanée primitive avec une note sur le Bacillus actinomycetem comitans (Primary cutaneous actinomycosis : with a note on the Bacillus actinomycetem comitans), par KLABER. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLVI, janvier 1934, p. 12, 4 fig.

Description d'un cas d'actinomycose du dos de la main consécutif à une écorchure contre le tronc d'un arbre. Ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est que les cultures y décelaient constamment la présence du *Bacillus actinomycetem comitans* alors que des recherches répétées ne montraient pas d'Actinomyces ni dans le pus, ni sur les coupes, ni dans les crachats ; la présence de celui-ci dans la lésion n'a pu être constatée qu'après un an d'évolution.

Le *B. actinomycetem comitans*, très petit cocco-bacille Gram-négatif, décrit par Klinger, a été vu par Colebrook dans 24 cas sur 30 d'actinomycose et jamais en dehors d'elle. Il n'est pas pathogène pour le cobaye et le lapin. On ne sait s'il s'agit d'un microbe associé, mais l'association si fréquente de deux organismes apparemment très différents mériterait d'être approfondie. L'observation de K. montre que le *B. actinomycetem comitans* a pu être trouvé constamment seul dans des lésions où l'Actinomyces n'a pu être décelé qu'un an plus tard.

S. FERNET.

La photographie des veines sous-cutanées aux rayons infra-rouges (Infrared photography of subcutaneous veins), par HAXTHAUSEN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, n° 12, décembre 1933, p. 506, 3 fig.

On observe fréquemment des ulcères et des eczémas variqueux en l'absence de toutes varices visibles et l'on incrimine alors d'hypothétiques varices profondes. Grâce à l'emploi de plaques photographiques rendues sensibles aux rayons rouges visibles et invisibles, on obtient des clichés sur lesquels le réseau veineux sous-cutané se dessine avec netteté. On constate alors que le processus de dégénérescence et de dilatation consécutive atteint les plus petites veines du réseau sous-cutané et que celui-ci est souvent seul touché. Dans d'autres cas, la dilatation des veinules sous-cutanées s'accompagne de dilatation des veines plus grosses qui forment le réseau anastomotique réunissant les deux saphènes. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Les données expérimentales dans un cas d'éruption fixe causée par l'un des radicaux de l'Allonal (Experimental aspect of fixed eruption due to alurate a compound of Allonal), par Loveman. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 2, 13 janvier 1934, p. 97, 3 fig.

L'auteur a étudié un cas d'éruption érythémato-pigmentée fixe consécutif à l'absorption de l'allonal (allylisopropyl-barbiturate de diméthyl-amidoantipyrine). Chacun des radicaux de l'allonal fut administré séparément et l'on constata que ni l'amidopyrine, ni le radical allylisopropyl ne provoquait d'éruption, mais que seul le radical barbiturique était en cause. D'autres médicaments de ce groupe ont pu être absorbés sans provoquer d'éruption.

Les épidermo-, les cuti- et les intradermo-réactions pratiquées avec l'allonal et avec son radical barbiturique étaient positives dans les zones antérieurement atteintes, mais pas ailleurs.

La peau normale, transplantée dans les zones primitivement atteintes réagissait à la réadministration du médicament, tandis que la peau sensibilisée, transplantée dans des régions intactes, ne régissait pas. Ces faits sont en contradiction avec ceux qui furent observés par Nægeli et paraissent être favorables à l'hypothèse d'une sensibilité régionale, dépendant des structures profondes (vaisseaux et nerfs). En effet, les greffes qui furent pratiquées dans ce cas étaient plus profondes que celles de Nægeli.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Lymphogranulomatose « inguinale » de la langue et des ganglions cervicaux (Lymphogranuloma inguinale of the tongue and cervical glands), par Bloom. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 6, décembre 1933, p. 810, 6 fig.

A la suite d'un contact infectant direct, un homme de 45 ans présentait une ulcération de la langue et des adénopathies cervicales suppurées qui furent incisées. Malgré des traitements divers, ces lésions n'avaient pas régressé au bout de six mois. La réaction de Frei fut positive avec cinq antigènes différents. On institua un traitement par le tartre stibié dont les effets furent favorables mais lents.

Dans cette observation, l'auteur relève ce fait particulier que la lésion initiale, habituellement insignifiante et éphémère, était représentée par une ulcération importante de la langue qui a persisté pendant des mois.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review.

Le traitement des chancres mous par l'emplâtre adhésif (Treatment of chancroids with the elastic adhesive bandage), par Sinkœ. *The Urologic and Cutaneous Review*, décembre 1933, p. 845.

S'inspirant des bons résultats qui sont obtenus dans le traitement des ulcères variqueux par la botte de Unna, S. a traité 25 cas de chancre mou par l'occlusion sous emplâtre adhésif.

L'ulcération est d'abord nettoyée avec une solution antiseptique, puis séchée et saupoudrée d'iodoforme ou d'une autre poudre antiseptique. On applique alors circulairement des bandelettes d'emplâtre adhésif ordinaire de façon à ce que chaque tour empiète sur le précédent et l'on remonte ainsi jusqu'à la racine de la verge en prenant soin de ne pas comprimer l'urèthre. On laisse ce pansement pendant quatre jours puis on le renouvelle, si c'est nécessaire.

Ce traitement convient aux chancres du gland, du sillon et du fourreau de la verge. Ses effets sont « miraculeux », supérieurs à ceux de tous les traitements connus. La cicatrisation s'opère en quelques jours et, sur les 25 cas observés, il n'y eut aucun bubon suppuré.

S. Fernet.

Ceska Dermatologie.

Sur les fonctions de la peau et leurs altérations, par Fr. Samberger. *Ceská Dermatologie,* t. XIV, fasc. 1, février 1933, p. 3.

Chaque maladie cutanée doit être étudiée à trois points de vue : son tableau clinique, sa pathogénie, son étiologie. La pathogénie est déterminée par les fonctions de la peau. S. distingue deux catégories de fonctions spéciales de la peau. Les unes, d'une activité permanente, ne sont que l'expression des manifestations vitales physiologiques. Les autres ne sont mises en action qu'à la suite d'impulsions accidentelles, et ce sont les fonctions facultatives.

On connaît assez bien les fonctions permanentes suivantes : de la couche cornée (formation de la kératine et des graisses cholestériques), de la couche malpighienne (régénération de l'épiderme et de ses annexes, coadhésion des cellules épithéliales, production du pigment mélanique), des papilles (respiration), des capillaires sanguins (circulation du sang, sécrétion de la lymphe), la fonction nutritive du sang et de la lymphe, les fonctions des capillaires lymphatiques (circulation de la lymphe), des glandes sudoripares (eccriniennes et apocriniennes) et des glandes sébacées, la fonction enfin de tissu conjonctif dermique, qui maintient l'élasticité de la peau.

On connaît moins bien les fonctions facultatives. S. compte parmi les fonctions spéciales : 1° les fonctions tactiles (du toucher et les sensations de la douleur, de la température, de la démangeaison) sont

des fonctions protectrices ; 2° les fonctions de mobilisation des cellules conjonctives du chorion, mises en activité, si les fonctions permanentes ne suffisent plus à effectuer la réparation des dommages causés par un microbe ou une matière nuisible.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Sur les fonctions de la peau et leurs altérations. II, par Fr. SAMBERGER. *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 2, mars 1933, p. 26.

En outre des fonctions spéciales, les cellules de la peau sont chargées des fonctions végétatives, par lesquelles elles se maintiennent elles-mêmes à la vie et assurent leur reproduction. On peut classer les états morbides provenant des déviations du cours normal de ces fonctions végétatives comme suit : 1° la prolifération néoplasique ; 2° l'hypertrophie ; 3° l'atrophie ; 4° la dégénérescence ; 5° la mort. Si l'on considère l'ensemble des fonctions comme la base de la pathogénie, on peut remplacer le système anatomo-pathologique de Hebra par un système pathogénique de conception vitaliste.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Etude expérimentale de l'effet d'une dose thérapeutique de rayonnements sur la peau, par Olga VALENTOVA. *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 1-5, février-juillet 1933, pp. 9, 31, 55, 87, 126.

D'après l'auteur, l'effet du radium et des rayons X, dans ses manifestations aiguës ne peut pas être qualifié de spécifique. L'irradiation ne provoque dans les tissus vivants que des changements de leur vitalité, qui peuvent être démontrés par des déplacements intracellulaires des minéraux.

Les changements observés par l'auteur après l'irradiation par des rayons β ressemblent à ceux observés sous l'action des rayons X (Lieber) ou des agents chimiques (Waterman : goudron). Les manifestations tardives chroniques irréparables et inimitables par l'action des autres agents sont, au contraire, spécifiques et caractéristiques du rayonnement. Ces altérations sont évidemment causées par l'action des rayons sur des éléments tissulaires à vie ralentie et qui sont peu sensibles aux rayons. Leur régénération est si lente que les cellules altérées ne peuvent pas être éliminées aussi vite que, par exemple, les cellules épithéliales qui sont rapidement remplacées par une régénération normale.

Les effets de l'irradiation de la peau sur la cuisse des rats blancs par la dose épilante (qui ne dépasse pas la dose dite thérapeutique), permettent d'étudier les changements de la vitalité de la peau d'autant mieux que les altérations vasculaires, accusant usuellement des modifications ultérieures des autres tissus, sont ici minimes et réparables. En irradiant les rats blancs par des rayons β mous et durs (en 3 séries pour chaque variété) et en faisant les biopsies tous les 2 jours, jusqu'à la 6e semaine, l'auteur a prouvé que les déplacements des éléments K et Ca sont, dans toutes les séries, analogues et qu'ils suivent les phases de la

réaction dans la peau. Une dose un peu plus élevée ne cause qu'une accélération des déplacements. Le potassium, dans les coupes traitées par la microméthode de Hamburger, accumulé à l'état normal autour des follicules pileux et dans l'épiderme, se déplace d'autant plus que la réaction d'épilation s'accentue. Au moment où les poils tombent, le potassium est dispersé surtout dans le derme d'où, pendant la régénérescence, il se rassemble aux lieux où l'action vitale de réparation est la plus prononcée. Là, il prend part à la formation des nouvelles cellules épidermiques. Le calcium, à l'état normal, déposé surtout dans le terme en forme de réseau, autour des bulbes pileux et dans les couches supérieures de l'épiderme, se déplace après l'irradiation du derme dans l'épiderme, où il envahit même les noyaux.

Pour l'étude des changements aigus du tissu graisseux, deux séries de rats ont été examinées, l'une irradiée par la dose de 1.580 *r* de rayons X (90 kv, 3 mQ), l'autre par la dose de 1.200 *r* (125 kv, 2 mQ). On a examiné la peau irradiée (et en même temps la peau de l'autre cuisse protégée contre les rayons (chaque 2e ou 3e jour jusqu'à la 7e et éventuellement la 10e semaine). Il n'y avait pas de changements qualitatifs (résultat négatif par les méthodes au cholestérol, à la mucine, aux lipoïdes), mais les changements quantitatifs des matières grasses sont évidents (Sudan III, acide osmique).

Pour les cellules graisseuse, on peut observer les modifications suivantes, qu'on peut classer dans le groupe de l'atrophie simple et séreuse de Flemming. La cellule graisseuse diminue de volume, sa goutte de graisse devient plus petite, le protoplasme augmente, le noyau, normalement aplati, commence à s'arrondir et, à l'instant où le protoplasme est tout à fait dégraissé, on ne peut plus distinguer la cellule graisseuse, avec son noyau rond, des cellules conjonctives. Les doses plus fortes amènent la décomposition de la graisse et des altérations du noyau (« Wucheratrophie ») qui peuvent être la cause des atrophies tardives (spécifiques). Après avoir décrit les modifications de l'appareil pileux, l'auteur constate que les échanges physiologiques au niveau des poils ne sont qu'accélérés simultanément. Les changements dans la localisation du calcium et du potassium, ainsi que les altérations passagères fonctionnelles des cellules graisseuses (qui dépensent plus qu'elles ne produisent), parlent en faveur de la théorie de Nimenov : les rayons accélèrent le vieillissement des cellules épidermiques, abaissent la vitalité des tissus et accélèrent l'action biologique des cellules graisseuses jusqu'à leur épuisement. KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Contribution au traitement du pemphigus par l'urotropine, par Marie RUNTOVA. *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 2, mars 1933, p. 26.

La méthode de Leczczynski de traitement du pemphigus par les injections intraveineuses d'urotropine et par la quinine a donné des résultats très favorables dans les cas traités à la clinique dermatologique du Prof. Samberger. L'auteur communique les résultats du traitement

un peu modifié. Chez les malades qui ne supportaient pas la quinine, on a injecté tous les deux jours 5 centimètres cubes d'une solution d'urotropine à 40 o/o, mélangée avec 10 centimètres cubes de glucosol « Medica » (50 o/o de glucose). La pommade au saloxyl et les bains additionnés de balnacide complétaient le traitement. Au cours des injections, on pouvait observer une guérison plus rapide des excoriations, pendant que les éruptions nouvelles formaient des vésicules moins grandes qui se desséchaient plus rapidement qu'auparavant. Il semble que le glucose, à côté de son action détoxicante et nutritive, augmente le pouvoir curatif d'autres médicaments administrés simultanément. KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Epidermolyse bulleuse dystrophique combinée avec une kératose palmaire et plantaire striée, par Jiri BEZDICEK (Brno). *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 3, avril 1933, p. 49.

Description et discussion d'un cas qui montre quelques particularités. La kératose est formée par des papules confluentes dans la forme linéaire, localisées non seulement aux régions palmaire et plantaire, mais aussi aux coudes et aux genoux. Le premier symptôme (l'onycholyse) datant de la naissance, l'hyperkératose a précédé d'un an l'apparition de bulles qui se sont montrées pour la première fois à 14 ans, à la suite d'une pneumonie grave. Les règles ont commencé plus tard et ne sont devenues régulières qu'à 18 ans. Les bulles localisées surtout sur le tiers distal des mollets, ne sont jamais suivies d'hyperkératose. Les deux affections sont indépendantes dans leur localisation. La malade étant un enfant naturel, dont la mère est tout à fait saine, l'hérédité ne peut pas être ni confirmée, ni exclue.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Sur la réaction de conglomération (Müller) dans la blennorragie, par Fr. KLEIN et A. WILDOVA (Brno). *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 4, mai 1933, p. 81.

Les auteurs se sont servis comme antigène du compligon dilué au sérum physiologique 1 : 4 et mélangé à 1,5 : 1 avec l'antigène de Müller. Parmi 250 cas positifs, la réaction s'est montrée positive pour la première fois au 4e jour de l'uréthrite, dans 45 o/o des cas au cours de la 1re semaine, dans 72,2 o/o pendant la 2e semaine, le maximum de 78,5 o/o a été observé pendant la 3e semaine, tandis que pendant la 4e semaine le pourcentage positif a baissé à 66 o/o. Dans les cas chroniques (et compliqués) l'arthrite a donné 100 o/o, la paramétrite 83 o/o, l'épididymite 80 o/o, l'uréthrite 71 o/o, la blennorragie féminine 66 o/o, la prostatite 60 o/o de résultats positifs. Vers la fin du traitement, le pourcentage positif a baissé jusqu'à 11,1 o/o.

Parmi les 500 cas témoins, il y eut 386 résultats négatifs, 114 positifs. La plupart des cas positifs concernaient des syphilitiques (77). La réaction donne des résultats satisfaisants, mais, chez les syphilitiques,

elle ne suffit pas à prouver la blennorragie latente, car la syphilis elle-même provoque des résultats positifs, non spécifiques quant à la blennorragie. KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Balanitis-xerotica obliterans post-operationem (Stühmer), par S. OBRTEL. *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 5, juin 1933, p. 121.

Chez un homme âgé de 36 ans, marié, sans enfants et qui s'est fait opérer pour un léger phimosis congénital, une uréthrite non blennorragique s'est développée après l'opération du phimosis (guérison *per mam*). En partant de la goutte uréthrale, on a cultivé du streptocoque. La balanite accompagnant l'uréthrite a envahi lentement tout le gland. A l'origce de l'urèthre, l'atrophie a causé une stricture nécessitant quelques sondages, mais le ré sultat de la dilatation a été satisfaisant. Les îlots et les nappes de balanite perdaient le ton pourpre, elles devenaient blanchâtres et l'épiderme s'est desséché jusqu'à une atrophie en papier à cigarette. Le même processus s'est développé dans le *sulcus coronarius*. Comme dans tous les cas décrits jusqu'à présent sous le nom de *balanitis xerotica post operationem*, on n'a pas pu faire la biopsie, mais l'uréthrite streptococcique survenue après l'opération démontre bien le *nexus causalis*. KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Sur le traitement du pemphigus par la germanine, par A. FABIAN (Moravská Ostrava). *Ceská Dermatologie*, t. XIV, fasc. 6, septembre 1933, p. 137.

Pemphigus grave chez un garçon âgé de 4 ans, datant de un an et résistant à tout traitement ; guérison complète et rapide par 3 injections intraveineuses de germanine (0,25, 0,5, 0,8, 1 gr.). L'éosinophilie baissa successivement de 19 o/o à 2 o/o. Les deux dernières injections ont provoqué de la fièvre (39°, 38°5) et un érythème toxique morbilliforme qui disparut en 24 heures.

Chez une vieille femme, un pemphigus végétant très grave était compliqué de diabète. Les 3 injections de germanine ont supprimé la formation des bulles, mais quelques jours après, la température monta et la malade succomba.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

LIVRES NOUVEAUX

Pêle-Mêle. Regards en moi et autour de moi, par le Dr R. SABOURAUD. 1 vol. in-12, Paris, Plon édit., 1933.

Peu de médecins, du moins parmi ceux qui restent intégralement médecins, écrivent comme philosophes. S'il leur arrive de jeter des regards en eux et autour d'eux, ils ne pensent pas à écrire les réflexions qu'ils en tirent, ou peut-être ils ne savent pas ou n'ont-ils pas le temps. S. croit que « l'homme ne doit pas faire profession de philosopher, mais que tout homme doit philosopher à l'occasion de sa profession ». Tout le monde connaît la profession de l'auteur, mais, pour bien le comprendre, il faut aussi savoir que, comme sculpteur, il est beaucoup plus qu'un amateur. C'est donc un médecin, praticien et homme de laboratoire, et un artiste qui vient de donner au public un petit volume que j'ai lu avec l'attention d'un confrère, d'un disciple et d'un ami.

Qu'est le livre de S. ? Tout, excepté un traité de philosophie, un testament moral, un manuel prétentieux ou pédant. S'il fallait absolument le classer, c'est dans le genre des « essais » que je le mettrais. Il est évident que S. est un grand lecteur de Montaigne dont il cite, dans sa conversation, des phrases entières. Réflexions de morale, d'art, de politique, appuyées d'exemples, tirées de l'antiquité chez l'un, de la biologie chez l'autre. Dans un genre difficile et, depuis Montaigne, inégalé et inégalable, S. trouve le moyen, dans une forme parfaite, de nous intéresser et, à notre tour, de nous faire réfléchir.

Peut-on, d'après la lecture d'un livre écrit de bonne foi, se faire une idée des opinions, des tendances de l'auteur et pénétrer en lui-même plus avant que par de simples conversations ou que par le spectacle de sa vie ? J'ai essayé et je me suis amusé à disséquer S. Qu'il ne m'en veuille pas de cette déformation professionnelle.

Ce qui me semble avant tout évident, c'est l'absence de dogmatisme, qu'il s'agisse de religion, de système philosophique et même de science. La plus grande tolérance, la conviction que nous savons bien peu de choses au regard de ce qu'il nous reste à apprendre, l'impression que la science est limitée et sera toujours limitée à certaines frontières au delà desquelles commence le domaine immense de l'inconnaissable. Conclurons-nous et mettrons-nous une étiquette : Agnostique ? S'il fallait mitiger cette appréciation, dont je ne sais si elle plaira à l'auteur, j'ajouterais que, par endroits, il penche vers le panthéisme. Car s'il croit, comme Montaigne, que « La nature entière n'est rien qu'une poésie

énigmatique », s'il ajoute que « nous ne savons rien des raisons et des causes... Ceux parmi nous qui savent le plus se rendent compte qu'ils ne savent rien », il n'hésite pas à se défendre d'être matérialiste et il ajoute : « Je serais plutôt panthéiste, tout me paraît également divin et merveilleux ».

Il faut, à vrai dire, entendre le mot « divin » plutôt dans le sens de poétique. De divinité, on n'en trouve point dans le livre de S. Dieu n'est qu'un mot qui désigne ce que nous ne comprenons pas et les oracles, nous les avons remplacés par le baromètre. C'est assez dire le peu de confiance qu'ils inspirent. Mais, chose assez singulière, l'absence de foi religieuse et même philosophique, loin d'exclure, comme nous venons de le voir, la poésie, se mêle à une morale optimiste. Est-ce un optimisme de tempérament ou un optimisme raisonné, pragmatique ? On pourrait en discuter et, pour ma part, je crois qu'il s'agit d'un optimisme de la seconde catégorie. N'écrit-il pas : « Sur quelque sujet que ce soit, toutes les idées de l'homme étant illusoires, les illusions sont moins fâcheuses optimistes que pessimistes ». Il voit en effet les laideurs de la vie, la cruauté des animaux et des hommes, animaux perfectionnés même en cette matière. Les chapitres où il la décrit sont parmi les plus saisissants. Il reste pourtant optimiste et on ne peut guère trouver qu'une note triste dans son livre. Il s'agit de l'amour. Le vieil homme regarde avec tendresse et pitié ce sentiment qu'il rencontre sur sa route, parce qu'il en a connu l'extase et aussi la brièveté... et l'amertume.

Que de choses il y aurait encore à dire. Mais je dépasserais les limites permises à un simple compte-rendu et je risquerais de déflorer un livre que tous les amis connus et inconnus de S. voudront lire. Il est toujours intéressant de connaître les pensées profondes d'un homme qui a vécu à la fois dans la vie « quotidienne » d'une grande cité et dans la recherche scientifique, de méditer avec lui sur les sujets qui passionnent tous les hommes. Nous l'avons vu optimiste, agnostique, pragmatique ; on pourra voir son opinion sur l'amour et la sexualité, sur les femmes, sur le mensonge, sur l'instinct (dont il parle beaucoup). On lira d'exquis souvenirs d'enfance et des conseils excellents : « Nous ne savons presque rien et nous ne pouvons presque rien savoir. Mais le peu que nous pouvons faire en toutes choses, il faut le faire, car si nous ne le faisons pas, qui le fera... Qu'importe le peu que nous pouvons faire ; il *faut* le faire. »

CLÉMENT SIMON.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR L'ULCÈRE CHRONIQUE DE LA VERGE DANS LA MALADIE DE NICOLAS ET FAVRE

Par Axel CEDERCREUTZ
Professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Helsingfors

Dans le lymphogranulome inguinal, les adénopathies dans les aines sont bien connues, de même celles du bassin. Chez la femme l'éléphantiasis de la vulve, l'ulcère chronique de la vulve et les rétrécissements ano-rectaux (syphilome ano-rectal de Fournier) sont aussi de connaissance générale.

Chez l'homme on rencontre parfois l'éléphantiasis génital survenu au cours d'un lymphogranulome inguinal. Je désire attirer ici l'attention sur les ulcères chroniques de la verge, ulcères qui sont analogues à l'esthiomène et qui peuvent eux aussi être accompagnés de rétrécissements ano-rectaux.

Quand le virus du lymphogranulome inguinal chez l'homme se propage de l'affection initiale dans l'organisme, il le fait par les voies lymphatiques, et en général on ne peut en suivre la marche que lorsqu'il a atteint les glandes inguinales.

Dans des cas exceptionnels, un foyer visible peut se montrer dans les voies lymphatiques déjà plus tôt, et il se localise alors dans le sillon rétro-glandaire ou sur la lame intérieure du prépuce. Un tel foyer inflammatoire provoque plus tard une ulcération à marche chronique. Cette ulcération a été décrite par certains vénérologues sous le nom de *chancre en noisette* et a été considérée comme la lésion initiale du lymphogranulome inguinal.

Selon mon avis, la lésion initiale dans le granulome inguinal est toujours une érosion insignifiante, éphémère, superficielle, molle et indolente, qui saigne facilement. Ce qu'on a appelé chancre en

(1) Une communication préliminaire a été faite à la réunion des médecins finlandais (Finska Läkaresällskapet) le 28 septembre 1933.

noisette est toujours une suppuration à marche chronique d'une voie lymphatique.

Voici deux cas de ce genre :

Cas n° 1. Pol. 335/1930. Un charpentier âgé de 33 ans, vient le 8 février 1930 à la policlinique, où l'on établit le diagnostic : *Lymphogranulome inguinal du côté gauche. Uréthrite antérieure à gonocoques. Epididymite droite.* On observait alors sur la lame interne du prépuce, près du sillon rétro-glandaire, une tuméfaction grosse comme



Fig. 1. — Cas N° 1.



Fig. 2. — Cas N° 1.

le bout d'un doigt et portant une petite ulcération fistuleuse. Dans l'aine gauche quelques adénopathies. Réaction de *Frei* fortement positive. Réaction à l'antigène du chancre mou également fortement positive. Réaction de *Bordet-Wassermann* négative. La tuméfaction et l'ulcération persistèrent pendant plus de deux mois. Dans le pus de l'ulcération on ne put déceler de gonocoques. Photographies le 26 février 1930 (fig. 1 et 2).

Cas n° 2, 1005/1929. Ouvrier âgé de 36 ans. En 1921, *érosions du gland et de la lame interne du prépuce ; adénopathies inguinales.* Reçut cinq injections de néosalvarsan à 0,6 et neuf piqûres de calomel.

En février 1923, *ulcère de la lame interne du prépuce.* A droite de la ligne médiane, ulcération presque ronde et grande comme une pièce

de 50 centimes. Les bords sont taillés à pic et le fond est sanguinolent. Réaction de *Bordet-Wassermann* négative. Reçut cinq injections de néosalvarsan et dix piqûres de bismuth.

Le 28 juin 1929, le malade fut admis à l'hôpital où l'on établit le diagnostic : *chancre mou, lymphogranulome inguinal bilatéral.* Il fut traité par des injections de tartrate d'antimoine et par les rayons X. Les bubons furent ouverts et ne s'étaient pas encore fermés quand le malade quitta l'hôpital le 14 septembre 1929.

Le 26 novembre 1929, il rentra de nouveau à l'hôpital. Diagnostic : *Lymphogranulome inguinal. Trombophlébite du prépuce.* Le malade



Fig. 3. — Cas N° 2.

est afébrile. Dans l'aine gauche, une tuméfaction fluctuante, indolente, grande comme un œuf et couverte de peau normale. Ici se trouve aussi, à la suite d'une incision, une fistule par laquelle s'écoule une faible sécrétion glaireuse. Dans les deux aines, un certain nombre de ganglions, indolents et assez durs, gros comme des haricots. On note à la partie inférieure de la verge une tumeur assez solide de la grosseur d'une noisette. Le prépuce peut facilement être retiré sur le gland. Dans le sillon rétroglandaire, quelques petites ulcérations superficielles. Réaction de *Bordet-Wassermann* négative à plusieurs reprises. Le malade sortit de l'hôpital le 20 février, non guéri. La réaction de *Frei* n'a pas été faite. Photographie le 29 novembre 1929 (fig. 3).

Tout le monde connaît la lymphangite dorsale de la verge chez les porteurs de chancres mous. Une tuméfaction analogue à celle-ci peut exceptionnellement se produire aussi dans le lymphogranulome inguinal, et cette lymphangite peut passer du dos de la verge vers le raphé. Il se forme ici alors une infiltration qui donne naissance à une ulcération à marche chronique tout à fait analogue à l'ulcération chronique de la vulve (esthiomène) et à laquelle peuvent se joindre des rétrécissements de l'anus et du rectum.

Les deux cas suivants appartiennent à cette catégorie :



Fig. 4. — Cas n° 3.

Fig. 5. — Cas n° 3.

Cas n° 3, 900/1932. Chauffeur âgé de 30 ans. Il y a deux ans il eut une *ulcération suspecte du sillon rétro-glandaire* et suivit chez un médecin en ville un traitement « abortif » consistant en neuf injections de néosalvarsan à 0,6.

Depuis un an, le malade observe une ulcération au même endroit que la précédente. Un médecin de la ville diagnostiqua un *chancre mou*. Le 5 février, le malade avait une ulcération large comme le bout du doigt sur la ligne médiane dorsale du prépuce. Réactions de *Bordet-Wassermann* et de *Kahn*, négatives. Une semaine plus tard, cette ulcération occupait toute la face dorsale de la verge. Au frein se trouvait une tumeur inflammatoire de la grosseur d'un pois. Plus tard l'ulcération

de la verge contourna la verge à gauche et vers la racine. Le 12 juillet 1932, le malade fut reçu à l'hôpital. Il portait alors sur le côté ventral de la verge une ulcération purulente longue d'environ 5 centimètres et découvrant dans sa partie distale une fistule de l'urètre. Le malade est afébrile. Dans les aines, quelques ganglions insignifiants et indolents. Réactions de *Frei* et à l'antigène du chancre mou fortement positives. Réaction de *Bordet-Wassermann* négative. Les traitements au novarsénobenzol, au bismuth et par l'autohémothérapie n'eurent pas de succès. Seuls les rayonnements locaux au « Höhensonne » eurent de l'effet. Le toucher rectal ne révélait rien d'anormal. Le malade sortit de l'hôpital le 5 mai 1933 après un séjour de dix mois. L'ulcération était alors presque entièrement épidermisée. Photographies le 13 décembre 1932 et le 3 mai 1933 (fig. 4 et 5).

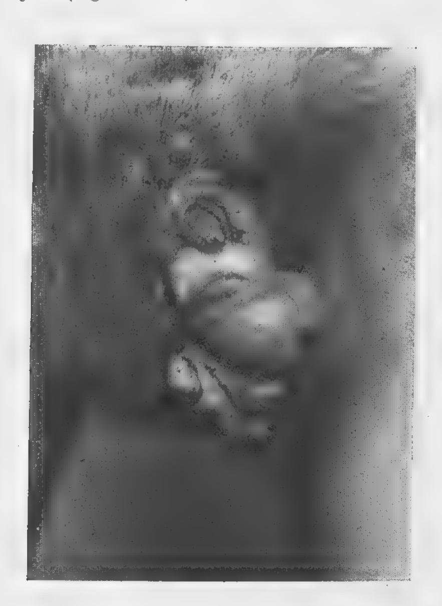


Fig. 6. — Cas N° 4.

Cas n° 4, 1006/1931. Marguillier âgé de 26 ans. Il y a 1 an 1/2, le malade eut une *ulcération insignifiante au prépuce*. Celle-ci disparut après quelques jours, mais alors se produisit à la racine de la verge une nouvelle ulcération et celle du prépuce réapparut. Ces ulcérations se sont ensuite élargies et occupent maintenant la plus grande partie de la verge. Elles sont très purulentes, mais pas indurées. Le prépuce est en partie rongé et sur le côté ventral de la verge s'est formée une fistule par laquelle l'urine s'écoule. Depuis une demi-année, le malade souffre du côté de l'intestin. Il a tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation.

Les derniers temps il y a eu des écoulements de pus et de sang par le rectum.

Le 5 décembre 1931, le malade fut reçu à l'hôpital. Il était pâle et amaigri. La température était normale. La palpation du ventre était douloureuse. La plus grande partie de la verge était couverte d'ulcérations qui allaient jusqu'au tissu caverneux. Le prépuce était fortement rongé ; le méat urinaire était cicatrisé et l'urine s'écoulait par une fistule sur la partie ventrale de la verge. La verge était très douloureuse. Dans chacun des plis inguinaux il y avait une cicatrice grande comme le bout d'un doigt mais pas d'adénopathies. La réaction de *Bordet-Wassermann* était négative. *On supposa un cancer de la verge*, et le malade fut dirigé sur l'hôpital chirurgical où il fut traité par les rayons X.

Le malade s'est montré à nous de nouveau le 3 mai 1933. Les ulcérations étaient alors beaucoup plus petites. Les parties restantes du prépuce ont fait que la verge a tourné d'un demi-tour sur son axe. La réaction de *Frei* n'a pu être faite faute d'antigène. Le toucher rectal décèle des rétrécissements à l'anus et dans le rectum. Photographie le 3 mai 1933 (fig. 6).

En comparant la dernière observation à la précédente, où le diagnostic lymphogranulome inguinal a été vérifié par la réaction de *Frei*, on est porté à énoncer le diagnostic : *ulcère chronique de la verge avec rétrécissement ano-rectal.*

SUR UN CAS DE PEMPHIGUS FOLIACÉ A MARCHE RAPIDE, AVEC ÉTAT INFECTIEUX ET ÉTAT SEPTICÉMIQUE PROBABLE

Par G. PETGES, A. PETGES et J. DUBARRY.

Le pemphigus foliacé décrit par Cazenave en 1844 est une affection classique. Elle est cependant assez rare, en particulier en France où depuis une vingtaine d'années nous ne trouvons que quelques cas publiés. Pour cela, il nous paraît intéressant d'ajouter à l'étude de cette maladie, les quelques faits que nous pouvons tirer d'une observation récente.

Observation. — Il s'agit d'un homme âgé de 58 ans, résinier landais, qui a été admis à l'hôpital du Tondu le 3 octobre 1933, pour une dermatose squameuse remontant à plusieurs mois. Il ne présente dans ses antécédents rien à signaler au point de vue général. Quoique faible de constitution, ce qui l'a fait réformer au moment de son service militaire, il n'a jamais été malade et a toujours accompli sans arrêt son travail pénible de cultivateur landais.

Marié à 22 ans, il a eu 7 enfants, dont un est mort en bas âge. Les 6 autres sont vivants et bien portants. Il n'a pas eu de maladies vénériennes et nie tout éthylisme.

Personne dans sa famille n'a jamais présenté de manifestations dermatologiques.

Depuis 1919, il a présenté chaque année en mai, juin et fin juillet très régulièrement, une éruption peu prurigineuse du tronc et des bras survenant pendant la fenaison et le battage du blé, guérissant ensuite spontanément et qui semble avoir été une réaction eczématiforme de sensibilisation aux graminées ou à certaines poussières végétales.

La maladie actuelle date du mois de juillet 1933. Au moment du « dépiquage », il a vu survenir l'après-midi une poussée éruptive brusque très prurigineuse sur le thorax, l'abdomen et le visage. Quoique ne pensant pas avoir de fièvre, il se sent très fatigué, rentre chez lui et

s'alite. Son médecin appelé ordonne des lavages au sulfate de cuivre et une pommade. Dès le 3e jour, l'éruption a augmenté d'entensité, il se forme des croûtes et des squames qui tombent pour se reformer très rapidement. Le malade ne remarque ni phlyctènes, ni bulles, mais dès ce moment, son état est, dit-il, semblable à celui qu'il présente à son entrée à l'hôpital où il nous est adressé 3 mois après le début de son affection.

Examen le 3 octobre 1933. — Nous nous trouvons alors en face d'un homme considérablement amaigri, présentant un état squameux généralisé, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. L'aspect de ces lésions est identique sur tout le corps. La peau présente de longues squames épidermiques de un à plusieurs centimètres de large et de long, adhérentes ou non au tissu sous-jacent, laissant apparaître entre elles ou sous elles le tégument profond plus ou moins rouge, luisant, suintant ou suppurant par places, alors que ces squames sont blanchâtres et sèches. Certaines d'entre elles, peu adhérentes, se laissent arracher facilement et sans douleur et, au niveau de la surface qu'elles recouvraient, paraît une heure plus tard un suintement séreux jaunâtre assez abondant. Là où il n'y a pas de squames, la peau est parcheminée, à vastes craquelures. Le drap inférieur du lit du malade est couvert d'une couche épaisse de lambeaux épidermiques et les deux draps sont tachés par les sécrétions cutanées.

Au niveau des organes génitaux, de la région inguinale et des sillons génito-cruraux, ainsi qu'au creux des aisselles, il n'y a pas de squames. Il existe là une érythrodermie simple avec suintement abondant, d'odeur fétide.

Sur les bras, les squames sont moins abondantes, quelques-unes ont une forme arrondie et semblent être dues à des bulles fraîchement éclatées.

A la limite des lésions de l'avant-bras et du poignet, on constate la présence d'une bulle véritable, intacte, mais non tendue. Cette bulle ouverte laisse échapper une sérosité gluante, limpide et légèrement teintée en jaune.

Sur les cuisses, l'abdomen, les bras, le signe de Nikolsky est positif.

Les ongles ne présentent pas de lésions.

Le cuir chevelu est lui aussi recouvert de squames et de croûtes. Il y a peu de cheveux et ceux qui restent, ainsi que les sourcils, s'arrachent avec la plus grande facilité. Les lésions cutanées vont d'ailleurs jusqu'au rebord conjonctival des paupières qui sont en ectropion. Léger degré de blépharite, de conjonctivite et de chémosis.

Les muqueuses ne présentent rien de particulier à signaler et il n'y a pas de bulles ou de traces de bulles dans la bouche.

Au point de vue général, la température est autour de 38° axillaire le soir (dès le 1er jour), le malade a maigri, cependant il a très bon appétit et digère normalement (constipation légère).

L'examen de tous les grands appareils est négatif. Foie, cœur, pou-



mons normaux. Rate non percutable. Ganglions non augmentés de volume. Aucun signe de foyer infectieux localisé, ni de néoplasme viscéral.

Examen des urines : diurèse suffisante, pas d'hypoazoturie. Pas d'albumine.

Réaction de Bordet-Wassermann : o. Vernes-résorcine : 58.

Vitesse de sédimentation globulaire : 6 (méthode de Sabrazès) ; après 1 heure : 45. Sédimentation totale : 67.

Système nerveux. — Aucun trouble du système nerveux. La mobilité est entravée par une sensation de striction cutanée gênante, mais non douloureuse.

C'est avec le prurit, d'ailleurs très diminué dès son entrée à l'hôpital, après quelques soins de propreté, le seul trouble subjectif.

Au premier abord, le diagnostic s'impose. On élimine rapidement l'hypothèse d'un psoriasis généralisé exfoliant, d'un pityriasis rubra pilaire, d'une érythrodermie arsenicale, d'une érythrodermie ichtyosiforme généralisée de Brocq, pour poser le diagnostic ferme de pemphigus foliacé.

On institue chez lui un traitement local consistant en bains au sulfate de cuivre et bain de poudre dans son lit, avec draps et talc stérilisés, et un traitement général consistant en injections de septicémine, intraveineuses.

Le 9 octobre : hémoculture négative.

Le malade, régulièrement subfébrile (37°5, 37°8), fait de temps en temps un clocher à 38°5, 39°.

Le 20 octobre, un examen du sang donne :

Globules rouges	3.307.000
Globules blancs	13.600
Leucocytes polynucléés neutrophiles	74 o/o
— — éosinophiles	2 o/o
Lymphocytes	14 o/o
Monocytes	10 o/o

Hématies granuleuses et globulins normaux.

Les 22, 23 et 24 octobre, la température monte le soir autour de 40°. Chaque poussée thermique se produit en une ou deux heures, précédée de frissons. Quelques bulles, mais fugaces et discrètes, apparaissent alors.

Une hémoculture pratiquée au maximum de température vespérale, le sang étant relevé avec des soins minutieux d'asepsie et d'antisepsie préalables, est positive à l'entérocoque (Laboratoire de M. le Professeur Sabrazès).

Le 28, une nouvelle hémoculture est encore positive à l'entérocoque.

Le 2 novembre, culture du liquide d'une bulle positive pour le streptocoque.

Le 3 novembre, le malade se plaint d'un point de côté thoracique droit au niveau duquel on note un foyer de râles congestifs ; on note quelques râles disséminés aux deux bases en arrière (température 39°).

Vers les 7, 8 et 9 novembre, la température monte à 40°, le malade est très prostré, respire difficilement. Toux sèche. Le 9, apparaît une ligne de matité à la base gauche avec diminution du murmure vésiculaire. La ponction ramène un liquide séro-purulent à polynucléaires avec présence de quelques rares pneumocoques.

Au même moment, une hémoculture donne une culture très abondante de staphylocoques.

Le 10 et le 11, la température tombe brusquement à 38°, puis autour de 37°. Le syndrome liquidien se constitue plus net par la suite, pour régresser en une dizaine de jours à la suite de trois ponctions évacuatrices de 100 centimètres cubes chaque fois.

A partir de ce moment, on note une amélioration très nette de l'état général et de l'état cutané.

Le malade recommence à s'alimenter normalement. Des phénomènes diarrhéiques, qu'il avait présentés pendant plusieurs jours, disparaissent.

Les squames deviennent de moins en moins nombreuses et, pendant 20 jours, on ne constate plus aucune bulle. Cette amélioration se maintient jusqu'aux premiers jours de décembre où l'on voit, parallèlement à de nouvelles poussées thermiques, réapparaître quelques rares formations bulleuses, flasques, très fugaces (1 ou 2 par jour) et pendant lesquels la peau recommence à desquamer avec intensité. L'état général périclite de nouveau avec inappétence, langue sèche en surface, tapissée sur les côtés d'un enduit blanchâtre, diarrhée, congestion des deux bases. L'amaigrissement considérable s'accentue de jour en jour.

A partir du 22 décembre, les clochers de température augmentent et oscillent entre 38° et 39°, le malade est agité et délirant la nuit, il respire difficilement. La desquamation et le suintement augmentent et on note quelques signes de défaillance cardiaque malgré des injections répétées de solu-camphre et un traitement tonicardiaque. Le 30 décembre, le malade a de petites syncopes et le 1er janvier meurt de collapsus cardiaque.

La nécropsie n'a pu être pratiquée.

Comme on le voit, notre observation ne fait que confirmer des faits déjà classiques.

Cependant, elle suggère quelques réflexions. On peut d'abord se demander si ce pemphigus foliacé est absolument primitif ou s'il est secondaire à cette dermatose saisonnière survenant chaque année chez notre malade à l'époque de la fenaison et du battage. Peut-être ces lésions eczématiformes ont-elles simplement préparé le terrain ou ouvert la porte à une infection venue de l'extérieur,

favorisée par la fatigue exceptionnelle de ces travaux agricoles, pendant lesquels dans nos régions les médecins de campagne observent souvent une certaine quantité d'états infectieux aigus, tels que pneumonies ou pleurésies.

Nous croyons que le terrain cutané a pu jouer un rôle médiocre à notre avis, mais surtout que l'état de moindre résistance d'un organisme fatigué a favorisé l'éclosion brutale de l'affection. En effet, dans la plupart des observations, nous notons un début discret, bulleux ou non, mais évoluant à bas bruit. Chez notre malade, le début est foudroyant, probablement fébrile d'emblée. Il est frappé en plein travail, obligé de s'aliter immédiatement, et ses manifestations cutanées atteignent leur maximum en deux jours, pour évoluer aussi avec une très grande rapidité (5 mois) alors que nous sommes habitués à voir le pemphigus foliacé durer des mois et des années (dix ans chez une malade du service du Prof. Dubreuilh). Cela n'est pas en désaccord avec l'étiologie infectieuse du pemphigus foliacé et des pemphigus en général.

Il y a simplement dans notre cas, dans le mode de début, une différence quantitative ou qualitative de l'infection, et dans l'évolution ultérieure une virulence plus grande du germe. Nous avons trouvé la confirmation d'une septicémie comme beaucoup d'auteurs : Bockolt (1) a observé deux pemphigus foliacés consécutifs à des plaies par écrasement et évoluant vers la mort en 2 et 10 ans. G. Petges et Bichelonne (2) ont mis en évidence une septicémie à b. pyocyanique dans un cas de pemphigus bulleux, chronique vrai, ayant évolué vers un pemphigus foliacé. Plusieurs hémocultures ont été positives au moment des clochers de température chez ce malade. Après sa mort, à la nécropsie, un ensemencement fait avec du sang prélevé aseptiquement dans une cavité cardiaque a donné aussi une culture pure de pyocyanique. Sans vouloir confondre le

(1) Bockolt. *Pemphigus foliaceus und Trauma.* 2 pemphigus foliacés secondaires à des plaies par écrasement, mort en 1 et 10 ans. Rôle d'infection ? *Arch. F. Derm. und Syph.* Berlin, 1923, CXLII, 87, 94.

(2) G. Petges et Bichelonne. Septicémie à bacille pyocyanique et pemphigus bulleux chronique vrai. (Il y avait : b. pyocyanique dans urines, abcès à b. pyocyanique. Hémocultures, *id. Evolution vers un pemphigus foliacé.* Mort. Nécropsie. Hémocultures par ponction du cœur isolé après nécropsie et prélèvement aseptique du b. pyocyanique). *Annales de Dermatologie*, p. 417, t. IX, 1908.

pemphigus bulleux chronique et le pemphigus foliacé, il est permis de nos jours d'établir un rapprochement étiologique entre ces états.

Ces mêmes constatations ont été faites par R. Cransten Low (1) et par G. Pernet et de Winfield (2). Dähnard et Demme avaient trouvé des diplocoques, P. de Michaele un micro-organisme particulier se cultivant sur agar et se trouvant aussi dans la rate, le rein, la peau et le tissu conjonctif sous-cutané.

Feletti a mis en évidence le staphylocoque doré. Seichi et Serra une variété de streptocoque doré.

Plusieurs de nos hémocultures ont été positives (entérocoque, staphylocoque). On objectera que ce sont là des agents infectieux d'une telle banalité qu'il s'agit vraisemblablement d'une souillure. C'est possible. Nous noterons cependant que ces hémocultures ont été faites comme nous l'avons dit plus haut avec un grand luxe de précautions et que seules ont donné un résultat positif, celles faites avec du sang recueilli au moment d'un clocher thermique, le docteur Dubarry, interne du service, étant appelé lorsqu'il se produisait des frissons pouvant faire prévoir une température élevée.

Urbach et Reiss, cherchant à déterminer l'origine possible des pemphigus, ont signalé que l'injection de la sérosité des bulles ou du sang des malades à des lapins est souvent suivie chez cet animal d'une paralysie du train postérieur survenant vers le cinquième jour, ou d'une infection subaiguë mortelle. Bernhardt a contrôlé ces assertions avec le sang et le contenu des bulles de 3 malades de son service. Tous les lapins inoculés sont restés sains.

Nous nous proposions de provoquer des phlyctènes avec le cryocautère de Lortat-Jacob chez notre malade, pour avoir une opinion personnelle, mais avons été devancés par la vitesse de l'évolution.

Nous regrettons aussi l'absence de constatations nécropsiques qui nous auraient permis de rechercher la présence d'un cancer profond que l'un de nous (G. Petges (3)) a mis en évidence dans un

(1) R. Cransten Low. A further cases of pemphigus foliaceus. *British Journal of Derm.*, janv. 1911, p. 1.

(2) G. Pernet et de Winfied trouvent le b. pyocyanique l'un dans les bulles, l'autre dans le sang de malades atteints de pemphigus végétant. The Bacillus pyocyancus and pemphigus vegetans*v. 72th meeting of British medical association*, 15 oct. 1904, p. 992.

(3) G. Petges. Pemphigus chronique grave et cancer. *Soc. Derm. et Syph.*, 13 décembre 1923.

cas de pemphigus chronique vrai. Rien dans l'histoire et l'examen de notre malade ne peut nous faire penser à la coexistence d'un néoplasme profond. W. Schultze (1) a publié un cas de pemphigus foliacé avec ostéomalacie et douleurs et atrophies musculaires. Un pareil cas a été signalé par Brocq.

Notre malade présentait des masses musculaires considérablement diminuées de volume, mais nous pensons que chez lui l'état d'amaigrissement cachectique en était la cause.

Civatte, dans ses lettres de Berlin, décrivait un pemphigus foliacé avec végétations au niveau du creux axillaire. L'absence de squames et l'état de macération de cette région chez notre malade nous a incités à observer soigneusement l'aspect du tégument à ce niveau, mais rien de semblable n'a pu être noté.

A une date plus rapprochée, nous trouvons des observations de L.-M. Pautier et P. Rœderer (2), J. Nicolas, Lebœuf et Michel (3), Spillmann et Weiss (4), de Rœderer (5), de Spillmann, Weiss et G. R. Marchal (6). Sauf une grande différence de longueur d'évolution, leur observation est semblable à la nôtre et l'action curative des thérapeutiques utilisés ne paraît pas avoir été importante.

Nous n'avons pas essayé l'arsenic sous forme d'arsénobenzène, l'état général de notre sujet étant trop fortement atteint dès le début. L'arsenic par la bouche (liqueur de Fowler) provoquait chez lui des phénomènes d'intolérance qui nous en ont vite interdit l'utilisation. La seule vraie rémission observée, dont la durée a été d'une vingtaine de jours, s'est manifestée tant au point de vue ther-

(1) W. Schultze. *Pemphigus foliacus und osteomalacie.* Douleurs, atrophies musculaires, déformations osseuses. S'agit-il d'ostéomalacie d'origine et de nature cachectique ou d'un rachitisme tardif ?

(2) Pautrier et Roederer. Réunion dermat. de Strasbourg. *Bull. Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 12 mars 1922, p. 37. Pemphigus foliacé.

(3) Nicolas, Lebœuf et Michel. Un cas de pemphigus foliacé. *Réun. Derm. Lyon*, 12 décembre 1929, p. 71.

(4) Spillmann et Weiss. *Réunion Derm. de Nancy*, 1928, p. 66. Pemphigus foliacé. Présentation de malade.

(5) J. Rœderer. Pemphigus foliacé probable. *Réunion Derm. Strasbourg*, 12 novembre 1533, p. 1936.

(6) L. Spillmann, J. Weiss, G. R. Marchal. Pemphigus foliacé secondaire à un pemphigus à bulles extensives. *Bull. Soc. fr. de Derm. et de Syph.* Réunion Nancy, 3 décembre 1932, p. 12.

mique que cutané pendant l'évolution de l'épanchement pleural à pneumocoques qui semble avoir agi à la manière d'un abcès de fixation ou provoqué un véritable état d'anergie cutanée. Au même moment, le malade absorbait une potion chaque jour avec :

Teinture de noix vomique............	XV gouttes
Arrhénal	0,03
Extrait mou de quinquina............	1
Teinture de kola......................	1
Vin du Médoc........................	120 cm^3

Il ne semble évidemment pas que l'amélioration puisse être attribuée à cette thérapeutique, car le début de la reprise des accidents cutanés, bientôt suivie de mort s'est produit à la fin de cette médication.

D'ailleurs, l'étude du pemphigus foliacé nous montre que dans cette affection, toute thérapeutique est décevante et que nous sommes impuissants à en enrayer l'évolution mortelle.

NOUVEAUX CAS DE BOUTON D'ORIENT A FORME CLINIQUE ATYPIQUE

Par G. HIGOUMÉNAKIS
Médecin de l'Hôpital Evanghelismos d'Athènes,
Directeur du Service de dermatologie et des maladies vénériennes.

Nous avons déjà, dans une monographie sur le bouton d'Orient, parue en 1930, publié 17 cas à forme clinique atypique, chacun accompagné des photographies correspondantes et que nous avions rencontrés jusqu'à cette date.

Nous ajoutons aujourd'hui six autres cas à forme atypique, avec photographies, que nous avons rencontrés depuis 1930 ; des formes semblables n'ont pas encore été décrites.

Les photographies que nous publions montrent une telle ressemblance entre ces cas et différentes maladies cutanées, que l'on s'explique bien pourquoi ils ont été traités non pas comme bouton d'Orient, mais comme eczéma, *herpes zoster*, etc.

a) Mlle L. M..., 16 ans, est originaire de Crète (fig. 1).

Elle vient à notre consultation externe de l'hôpital « Evanghelismos » pour un exanthème de la face, datant d'environ un an. Sur le cou, sous le menton à gauche, sur le front et la face dorsale du nez ; elle présente six boutons de dimensions différentes, de couleur rouge foncé et dont cinq sont érodés à leur centre et couverts de croûtes jaunâtres, tandis que leur périphérie est desquamée. Le sixième (du front), sans être érodé, est recouvert de petites squames. A la commissure buccale droite, existe un septième bouton, de la grosseur d'un pois, divisé en deux par une ulcération linéaire et prenant la forme d'un livre demi-ouvert pendant la béance de la bouche. La surface ulcérée de ce bouton sécrète un liquide séreux, tandis que sa périphérie présente une légère desquamation. La forme clinique du bouton en question rappelle beaucoup les syphilides papuleuses des commissures. Le diagnostic serait impossible cliniquement s'il n'y avait la coexistence des autres boutons placés sur le cou, le menton, le front et le nez comme le montre la figure.

Diagnostic. — Boutons d'Orient multiples revêtant sur l'angle droit de l'ouverture buccale l'aspect de plaques papuleuses syphilitiques de la bouche. L'examen de l'excrétion prise sur la surface ulcérée de ce dernier bouton a été positif pour le parasite de Wright et négatif pour le tréponème syphilitique. L'examen du sang par la réaction de Bordet-Wassermann a été négatif.



Fig. 1.

b) M[lle] X..., âgée de 22 ans, est originaire du Péloponnèse (fig. 2).

Elle vient à notre consultation externe de l'hôpital « Evanghelismos » pour un exanthème de la moitié droite de la face, datant de quatre mois, et pour lequel elle a suivi au début un traitement antiphlogistique par applications humides puis des attouchements médicamenteux.

État actuel. — Elle présente sur la moitié droite du front et sur la joue droite onze boutons, de couleur rouge foncé et dont la grosseur va de celle d'une lentille à celle d'un haricot et plus. Ces boutons ont leur centre ulcéré et sont couverts de croûtes jaunâtres, tandis que leur périphérie présente une légère desquamation. Les paupières, supérieure et inférieure, de l'œil droit sont œdémateuses à cause de la lymphan-

gite provoquée par les boutons situés sur l'angle externe de l'œil droit. La peau de ces parties œdématiées est rougeâtre. Comme nous le voyons sur la photographie, l'exanthème siège sur la moitié droite de la face ne dépassant pas la ligne médiane du front, il respecte complètement la moitié gauche de la face et réalise ainsi le type d'un exanthème zostériforme.





Fig. 2.

Diagnostic. — Boutons d'Orient zostériformes de la tête, simulant l'*herpes zoster* de la tête. L'examen microscopique de l'exsudation sérohémorragique prise sur les boutons a été positif pour le parasite de Wright. De même l'examen microscopique de la pulpe hépatique prise par ponction a été positif pour le parasite de Wright, ainsi que celui du sang périphérique. Nous avons pratiqué ces derniers examens pour la première fois, en raison de

l'aspect zostériforme des boutons. Il est à remarquer aussi que quinze jours environ après la guérison de la malade par la diathermo-coagulation, les parasites de Wright ont disparu aussi bien du sang que du foie, ce qui a été prouvé par deux nouvelles ponctions de cet organe. Plus tard nous avons pratiqué avec le Dr Lorando la ponction du foie chez quatre malades porteurs de boutons d'Orient multiples. Nous avons trouvé chez deux de ces malades le



Fig. 3.

parasite de Wright dans la pulpe hépatique ; chez les deux autres l'examen a été négatif, parce que, chez l'un, l'aiguille était entrée dans un kyste hydatique et, chez l'autre, dans une veine hépatique.

De nos dernières observations relatées plus haut, il ressort que le bouton d'Orient ne reste pas une dermatose locale pendant toute son évolution, mais que, dans certains cas, il devient une maladie générale au moins d'une façon transitoire. Cela n'est pas seulement démontré par nos recherches avec Lorando, mais encore par les recherches expérimentales de Laveran qui a constaté chez le rat blanc la généralisation fréquente de la maladie.

c) Mlle X..., 16 ans, originaire de Crète (fig. 3).

Elle vient à notre consultation externe de l' « Evanghelismos » pour un exanthème de la joue droite datant d'un an et plus, évoluant excentriquement avec disposition en placards serpigineux et n'ayant pas tendance à la guérison. Sur cette région, elle présente une plaque éruptive à périphérie irrégulière, polycyclique. Cette plaque s'étend progressivement d'une façon serpigineuse de haut en bas et vers le nez de sorte que sa partie située en haut et vers l'oreille droite, est formée d'une cicatrice sans vestiges d'exanthème. Le reste de cette plaque, et spécialement la partie basse, vers l'angle de la mâchoire inférieure, est occupé par de petits boutons superficiels rangés en série et pénétrant dans la peau. Ces boutons sont arrondis et leur grosseur est celle d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Ils sont légèrement surélevés, leur couleur et leur consistance rappellent celles des tubercules du lupus vulgaire. Certains d'entre eux sont ulcérés dans leur centre et sont couverts de croûtes jaunâtres. Ces petits boutons laissent voir par la vitropression de petites infiltrations qui sont difficiles à distinguer de celles laissées par la vitro-pression d'un lupus vulgaire. La partie de cette plaque qui avoisine l'aile droite du nez est occupée par des boutons de la grosseur d'un pois environ et dont la consistance est un peu moins dure que celle des papules syphilitiques. Certains d'entre eux sont couverts de petites squames, d'autres sont ulcérés et couverts de croûtes jaunâtres. La périphérie de cette plaque exanthématique est très irrégulière.

Diagnostic. — Boutons d'Orient multiples de forme tuberculo-ulcéreuse et serpigineuse. La partie interne (vers le nez) revêt la forme d'un exanthème syphilitique tuberculo-ulcéreux, tandis que la partie siégeant vers l'angle de la mâchoire inférieure a l'aspect d'un lupus vulgaire. L'examen microscopique des préparations prises dans les deux parties de la plaque a montré l'existence du parasite de Wright.

d) Malade X..., âgé de 14 ans (fig. 4).

Vient à notre consultation parce qu'il a observé l'apparition, depuis plus d'un an, de plusieurs boutons sur la figure, les oreilles, les avant-bras et les jambes ; ces boutons se multiplient progressivement.

On compte sur les régions précitées plus de trente boutons de dimensions diverses, couverts de squames. Ceux qui siègent sur le front, les régions temporales et les joues présentent, comme on voit sur la photographie, une signification clinique toute particulière parce que, infiltrant et surélevant ces parties de la face, ils lui donnent l'aspect de la lèpre tuberculeuse.



Fig. 4.



Fig. 5.

Diagnostic. — Forme de boutons d'Orient simulant le *facies léonin ou léontiasis lépreux*. L'examen microscopique des préparations prises sur ces différents boutons a prouvé l'existence du parasite de Wright.

e) Malade X..., âgé de 12 ans, de Crète (fig. 5).
A observé depuis plus d'un an, sur sa joue gauche et son front, de petites tumeurs qui ont évolué plus tard vers la formation de plaques exanthématiques arrondies à progression excentrique. Sur la joue gauche et le front, il existe trois de ces plaques allant de l'étendue d'une pièce de deux drachmes à une paume de main d'enfant. Sur leur centre, la peau est saine tandis qu'à la périphérie elle est infiltrée de petits boutons de couleur rouge sombre couverts de squames.

Diagnostic. — Forme trichophytique de bouton d'Orient ou bouton d'Orient centrifuge. L'examen de l'exsudat séro-hématique des boutons a été positif, pour le parasite de Wright.

f) Mme X..., âgée de 40 ans, mariée, originaire de Crète (fig. 6).
Elle vient à notre consultation externe de l' « Evanghelismos » pour un exanthème de la face dorsale de la main droite et des doigts, datant de quatre ans, et qui a été caractérisé par les médecins de la Canée comme eczéma et traité comme tel sans résultat.

Sur la face dorsale des doigts de la main droite et en partie sur la face dorsale de cette main, on voit des plaques exanthématiques très étendues, composées de petites surélévations solides de la grandeur d'une tête d'épingle couvertes de squames grisâtres et de quelques croûtes. On note l'absence complète des petites vésicules et des petites papules lichénifiées ou ulcérées et couvertes de petites squames qui caractérisent l'eczéma chronique. L'examen clinique montre aussi que les articulations de l'index droit ont perdu leur faculté de flexion, ce que la malade attribue à sa maladie cutanée de la main, étant donné qu'aucune autre maladie n'existait auparavant.

Diagnostic. — Bouton d'Orient eczématiforme avec disparition complète de la faculté de flexion de l'index droit. L'examen microscopique de l'exsudat pris sur ces petits boutons a montré la présence du parasite de Wright. Tout au contraire l'examen de la pulpe hépatique prise par ponction, pratiqué par le Prof. Aravantinos, a été négatif pour le parasite de Wright, ce qui est dû certainement à l'ancienneté du cas (4 ans). Comme nous le savons,

cet examen est rarement positif, même dans les lésions cutanées de date ancienne.

Les cas que nous venons d'exposer ainsi que ceux publiés en 1930 dans notre monographie : *Le bouton d'Orient et son traitement actuel*, montrent que le parasite de Wright est capable de provoquer des lésions cutanées pouvant revêtir l'aspect de plusieurs



Fig. 6.

maladies de la peau. Le médecin doit toujours prêter attention à ces cas pour éviter des erreurs de diagnostic. Ces erreurs peuvent être évitées, en ce qui concerne les formes atypiques du bouton d'Orient, par la constatation des caractères spéciaux de cette maladie (couleur, consistance, évolution, etc.), par le type de chronicité de l'évolution (p. ex. évolution plus rapide que la tuberculose et plus lente que les exanthèmes syphilitiques, etc.), par le caractère négatif des recherches de laboratoire quant aux maladies dont la ressemblance est affectée, et enfin par la présence du parasite de Wright dans les lésions cutanées de ces formes atypiques.

SUR LA SÉRO-RÉACTION BLENNORRAGIQUE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

par J. GADRAT.
Travail de la Clinique de Dermato-Syphiligraphie (Pr Ch. Audry)
et de l'Institut de Sérologie (Dr Chatellier) de Toulouse.

Sur les indications de M. le professeur Audry, nous avons entrepris d'étudier la séro-réaction blennorragique dans le liquide céphalo-rachidien. Nous avons été précédés dans cette voie, mais ce genre de recherches paraît avoir tenté très peu d'auteurs.

On trouve mentionné dans l'excellente revue générale de Kristjansen (*Zentralblatt für Haut und Geschlechts-Krankheiten*, 5 juin 1932, p. 161) un travail de Wilson, Forbes et Schwartz (1923) qui, étudiant la gonoréaction en dehors de la blennorragie, ont obtenu des résultats négatifs avec le liquide céphalo-rachidien de poliomyélites. Nous avons pu consulter le texte original de ce travail (*The Journal of Immunology*, 1923, t. VIII, p. 104) : l'étude de la séro-réaction blennorragique a été faite avec 12 liquides de poliomyélite (tableau 3, p. 117), mais les auteurs ne donnent aucun détail. C'est cependant, à notre connaissance, la première application de la séro-réaction blennorragique au liquide céphalo-rachidien.

Green, en 1924, eut l'idée de rechercher cette réaction dans le liquide pour éclairer l'étiologie des affections nerveuses d'origine imprécise. Il avait été guidé par les travaux antérieurs de Luyz, Connor et de Brunn (de Vienne) sur les complications neurologiques de la blennorragie. Sans donner le détail de ses observations, Green cite des cas de polynévrites, paralysies faciales, myélites, pseudo-tabès pour lesquels, la syphilis ayant été éliminée cliniquement ainsi que par le laboratoire, il a pu constater des séro-réactions blennorragiques fortement positives dans le liquide céphalo-rachidien, le tout concordant avec la notion nette de gonococcie

chronique. Avec beaucoup de précision, Green concluait dès cette époque : 1° sang et liquide donnent des résultats en général parallèles bien que la réaction puisse être positive dans le liquide et négative dans le sang ; 2° ce trouble humoral n'est accompagné d'aucun désordre anatomique, la cytose et l'albuminose demeurant normales ou presque ; 3° la séro-réaction peut rendre de grands services pour diagnostiquer la gonococcie du système nerveux.

Ce travail semble avoir passé inaperçu des neurologues et il faut consulter des monographies très complètes pour le trouver signalé (Cf. Kafka : *Die Zerebrospinal Flüssickheit*, Leipzig, 1930, p. 180).

En 1930, Schönfeld et Marquardt (*Dermatologische Zeitschrift*, avril 1931, Bd. 60, p. 385) ont repris ces recherches avec des données plus précises sur 50 cas (19 blennorragies et 31 témoins). Ils ont étudié séparément le liquide sous-occipital et le liquide lombaire et ont été amenés à penser que les antigènes habituels étant impropres à la recherche d'une réaction de déviation du complément dans le liquide céphalo-rachidien, les conclusions de Green étaient à rejeter.

Le présent travail présente la teneur, la suite et le développement des deux notes que nous avons déjà présentées sur ce sujet à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (1° Séance du 9 mars 1933, p. 466 ; 2° Séance du 9 novembre 1933, p. 1431) ; il est donc inutile de les reproduire ici ou même de les résumer.

RECHERCHES PERSONNELLES

I. — *Technique*.

Après quelques tâtonnements, nous avons fixé comme il suit notre technique :

1° *Éléments de la réaction.*

Antigène. — Contrairement à ce qui se passe pour la syphilis, en sérologie blennorragique, la nature de l'antigène est encore le sujet de nombreuses discussions. Nous avons toujours utilisé le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur : nous n'ignorons pas

les objections que ce choix peut soulever. Cependant, à côté de certaines imperfections, cet antigène offre l'avantage d'être facile à trouver et jusqu'au jour où l'on sera parvenu à isoler un antigène chimique, ou tout au moins d'une valeur fixe, nous pensons qu'on peut le prendre pour étalon. Du reste, l'emploi d'un antigène commercial (Cogit) et d'un antigène personnel bivalent nous ont donné des résultats sensiblement identiques ; nous n'avions donc aucune raison de modifier ce point de technique.

Nous diluons le vaccin à moitié dans l'eau physiologique avant l'usage. Pendant un certain temps nous introduisions dans la réaction des doses variables d'antigène : 0 cc. 1, 0 cc. 15, 0 cc. 2 ; l'expérience nous a montré que 0 cc. 2 était la dose optima : nous avons définitivement adopté cette dose fixe.

Le pouvoir anticomplémentaire de l'antigène est dosé avant chaque séance.

Complément. — Le sérum frais de cobaye est utilisé à la dilution limite donnant au cours du dosage préalable une hémolyse totale après une demi-heure d'étuve.

Chaque réaction comporte 3 doses de complément : 0 cc. 1, 0 cc. 15, 0 cc. 2.

Mélange hémolytique. — Nous employons le mélange classique, à parties égales d'hématies de mouton au 1/5 et de sérum hémolytique à la dilution fixée par son dosage.

2° *Technique.*

Le dispositif de la réaction se résume ainsi : 6 tubes dont 3 témoins :

liquide céphalo-rachidien (1) : 1/2 cc. partout ;

antigène : 0 cc. 2, 0 cc. 2, 0 cc. 2 ;

complément : 0 cc. 1, 0 cc. 15, 0 cc. 2.

Dans les tubes témoins, l'antigène est remplacé par une quantité égale d'eau physiologique.

Étuve 3/4 d'heure.

Addition de 0 cc. 2 de mélange hémolytique partout.

Lecture après 3/4 d'heure d'étuve et d'après l'échelle :

(1) Il va sans dire que toutes nos réactions dans le sang et le liquide ont été pratiquées avant toute vaccination antigonococcique.

positif faible : absence d'hémolyse dans le tube 1 ;
positif : absence d'hémolyse dans les tubes 1 et 2 ;
positif fort : absence d'hémolyse dans les 3 tubes.

II. — *Observations.*

Ces recherches portent sur 115 observations presque toutes recueillies dans le service du Professeur Audry. Nos examens ont été pratiqués au laboratoire de l'Institut de Sérologie, dirigé par le docteur Chatellier. Nous prions ce dernier d'agréer nos respectueux remerciements pour ses nombreux conseils et l'aimable contrôle qu'il a bien voulu exercer sur ces examens.

Nous nous sommes attaché à réunir le plus grand nombre de gonococcies compliquées ou pas et aussi à multiplier les cas de contrôle chez des sujets indemnes ou passant pour indemnes de blennorragie. Les observations qui suivent doivent donc être classées en deux catégories.

1° *Sujets blennorragiques.*

Une distinction s'impose ici suivant l'ancienneté et le degré d'activité de l'infection gonococcique.

A. — Blennorragies aiguës (51 cas : 21 femmes, 30 hommes).

a) *Femmes :*

1. Dor... Prostituée. Syphilis ancienne. Métrite.
   Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive faible.
   Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.
2. Vid... Prostituée. Uréthrite. Métrite, Synovites.
   Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
   Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,20 ; R. W. négative ; S. R. B., négative.
3. Sor... Prostituée. Métrite aiguë.
   Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
   Liquide : Cy, 1,1 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
4. Falc... Métrite subaiguë.
   Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
   Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

5. Lac... Syphilis primaire. Métrite.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B. positive.
6. Lac... Métrite. Gono +. Prostituée.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb. 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.
7. Bonn... Métrite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 0,4 ; Alb., 0,18 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.
8. Agu... Métrite aiguë. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 0,2 ; Alb., 0,25 ; R. W., illisible ; S. R. B., positive faible.
9. Agat... Métrite. Arthrite du poignet. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
10. Del... Prostituée. Métrite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 0,4 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
11. Per... Prostituée. Syphilis secondaire. Métrite aiguë. Gono +.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 1,5 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
12. Cim... Prostituée. Métrite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.
13. Merc... Métrite. Sciatique. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0.25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
14. Oct... Prostituée. Syphilis secondaire. Métrite subaiguë.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 1,8 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.
15. C... Prostituée. Syphilis secondaire. Métrite.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 1,5 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
16. M... Prostituée. Métrite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.

Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

17. V... Métrite aiguë. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,25 ; R. W., pas faite ; S. R. B., négative.

18. P... Syphilis primaire. Bartholinite ancienne. Métrite aiguë.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

19. R... Prostituée. Crises comitiales. Métrite.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 6 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

20. Ro... Prostituée. Métrite.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative ; Benjoin, négatif.

21. M... Prostituée. Syphilis primaire du col utérin. Métrite.
Sang : R. W., positive ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

b) *Hommes :*

22. Am... Uréthrite aiguë (20e jour). Eczéma professionnel.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,50 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

23. Lag. Gonococcie aiguë. Cowpérite suppurée.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 1,4 ; Alb., 0,30 ; R. W., suspecte ; S. R. B., positive.

24. Mer... Épididymite. Gono +. Prostatite.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., P. A. C. (n'a pu être refaite).
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

25. Four... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive forte.

26. Seb... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,22 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

27. Ber... Épididymite. Gono +. Prostatite.

Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,9 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

28. But... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 4,1 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

29. Bor... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

30. Cla... Uréthrite. Gono + (17e jour). Arthrite du coude.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative. Positive ultérieurement.
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,28 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

31. Gen... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

32. Ley... Épididymite. Gono +. Syphilis ancienne.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative. Positive 15 jours après.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

33. Ban... Épididymite. Gono +. Prostatite.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,45 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

34. Rous... Arthrite gonococcique du genou.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,3 ; Alb., 0,45 ; R. W., négative ; S. R. B., positive forte.

35. Mar... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,4 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

36. Car... Arthrite gonococcique du coude.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,3 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

37. Fou... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

38. Fab... Iritis gonococcique.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 0,3 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

39. Pro... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 2 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

40. Duf... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 0,3 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

41. Lar... Épididymite. Gono +. Prostatite.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

42. Est... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W. négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 1,2 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

43. Rea... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,9 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

44. Ben... Épididymite. Gono —. Gonococcie aiguë il y a 10 mois. Récidive datant de 3 mois.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 1,2 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive forte.

45. Por... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 1,6 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

46. Aut... Épididymite. Syphilis récente (traitée avant l'entrée).
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,7 ; Alb., 0,20 ; R. W., positive forte ; S. R. B., positive faible.

47. Cou... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 1,5 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive forte.

48. L... Arthrite gonococcique tibio-tarsienne.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 1,5 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

49. B... Épididymite. Gono +. Syphilis ancienne.
Sang : R. W., douteuse ; Kahn, négatif ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 3 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

50. Cov... Coxite gonococcique.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive forte.

51. S... Épididymite. Gono +.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 1,5 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., positive ; Benjoin, négatif.

B. — Blennorragies anciennes (9 cas).

Nous classons dans cette catégorie les anciens blennorragiques ayant subi plusieurs atteintes et ne présentant aucun signe de gonococcie en évolution.

52. Her... Légionnaire. Syphilis nerveuse. 2 blennorragies antérieures.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,60 ; R. W., positive forte ; S. R. B., positive.

53. X... Malade du Dr de Boissezon. 2 blennorragies antérieures. Syphilis ancienne.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,7 ; Alb., 0,26 ; Vernes, négatif ; S. R. B., négative.

54. Grau... Syphilis primaire. 2 blennorragies antérieures.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

55. Fel... Paralysie générale. Plusieurs gonococcies antérieures ?
Sang : R. W., positive ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 89,6 ; Alb., 1,90 ; R. W., illisible ; S. R. B., positive faible ; Benjoin, positif.

56. Sau... Syphilis ancienne. 4 blennorragies antérieures. Nodule épididymaire résiduel.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 4,3 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

57. S... Syphilis primaire. 2 uréthrites antérieures.
Sang : R. W., positive ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 2,5 ; Alb., 0,25 ; R. W., positive forte ; S. R. B., positive.

58. Vig... Syphilis ancienne. Coxite chronique. 3 blennorragies antérieures.

Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive forte.
Liquide : Cy, 2 ; Alb., 0,40 ; R. W., positive faible ; S. R. B., positive faible.

59. Vig... Anna (femme du précédent). Syphilis nerveuse.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 1,7 ; Alb., 0,60 ; R. W., positive ; S. R. B., négative ; Benjoin : négatif.

60. Cap... Syphilis tertiaire. Métrite légère. Gono +.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 0,9 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

2° *Sujets passant pour indemnes de blennorragie.*

Ces cas de contrôle ont été choisis chez des déments précoces (observations dues à M. Aujaleu, interne à l'Asile de Braqueville et transmises par M. le Dr de Boissezon) dont certains étaient vierges et chez des sujets, hommes ou femmes, niant toute infection gonococcique et n'en ayant jamais présenté aucun symptôme.

61. Aub... 58 ans. Zona intercostal.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 4,1 ; Alb., 0,60 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

62. X... Syphilis ancienne. Sciatique.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., n'a pu être faite.
Liquide : Cy, 1 ; Alb., 0,35 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

63. X... Méningite aiguë à pneumocoques (M. le Pr Rispal).
Sang : n'a pu être examiné.
Liquide : Cy, polynucléose incomptable ; Alb., 5 ; R. W., douteuse ; S. R. B., négative.

64. Ban... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 2,3 ; Alb., 0,27 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

65. Bro... Démence précoce.
Sang : R. W., positive ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,7 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., négative ; Vernes-résorcine, négatif.

66. Thau... Démence précoce.
Sang : R. W., pas faite ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 1,3 ; Alb., 0,25 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

67. Port... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.

Liquide : Cy, 1,3 ; Alb., 0,17 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

68. Dun... Démence précoce.
Sang : R. W., pas faite ; S. R. B., P. A. C.
Liquide : Cy, 1,1 ; Alb., 0,30 ; R. W., pas faite ; S. R. B., négative.

69. Rom... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,2 ; Alb., 0,23 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

70. Cab... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 0,4 ; Alb., 0,28 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

71. Sam... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, 0,3 ; Alb., 0,28 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

72. Gen... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 4,2 ; Alb., 0,55 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

73. Laf... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,22 ; R. W., négative ; S. R. B., positive faible.

74. Degi... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,2 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

75. Rol... Démence précoce.
Sang : R. W., négative , S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,38 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

76. Arn... Syphilis tertiaire.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 2 ; Alb., 0,60 ; R. W., positive forte ; S. R. B., négative.

77. Dis... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 0,4 ; Alb., 0,38 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

78. Pan... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,22 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

79. Rol... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 2,2 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

80. Tres... Syphilis primaire.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,8 ; Alb., 0,35 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

81. Eyr... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,7 ; Alb., 0,15 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

82. Lab... Confusion mentale.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 6 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative ; Benjoin, négatif.

83. X... Sciatique.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 9 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

84. Sor... Syphilis tertiaire. Méningite.
Sang : R. W., positive ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 6,1 ; Alb., 2,85 ; R. W., positive forte ; S. R. B., négative.

85. X... Syphilis ancienne.
Sang : R. W., positive ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,23 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

86. Zig... Radiumnécrose.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 1,1 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

87. Gui... Maladie de Hodgkin.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

88. Rul... Anémie.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, normale ; Alb., normale ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

89. Mol... Syphilis secondaire.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,28 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

90. X... Céphalées.

Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 0,9 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

91. Rem... Syphilis nerveuse.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 3 ; Alb., 0,80 ; R. W., positive forte ; S. R. B., positive.

92. Four... Ramollissement cérébral.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, normal ; Alb., normale ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

93. Mar... Rhumatisme chronique.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 1,8 ; Alb., 0,50 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

94. X... Hydrocéphalie.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,4 ; Alb., 0,15 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

95. X... Tumeur cérébrale.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, pas transmise ; Alb., pas transmise ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

96. X... Méningite syphilitique ancienne.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 9 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

97. Rot... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 1,2 ; Alb., 0,42 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

98. Ben... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, normale ; Alb., 0,38 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

99. Ave... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, normale ; Alb., 0,12 ; R. W., positive faible ; S. R. B., négative.

100. Am... Méningite syphilitique.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive.
Liquide : Cy, (?) ; Alb., 1,50 ; R. W., positive forte ; S. R. B., négative.

101. X... Démence précoce.
Sang : R. W., pas transmise ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 1,8 ; Alb., 0,38 ; Vernes, 0 ; S. R. B., négative.

102. X... Démence précoce.
Sang : R. W., positive ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 2,7 ; Alb., 0,66 ; Vernes, 90 ; S. R. B., négative.
103. X... Démence précoce.
Sang : R. W., pas transmise ; S. R. B., P. A. C.
Liquide : Cy, normale ; Alb., 0,18 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
104. Bar... Démence précoce.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., P. A. C.
Liquide : Cy, 0,6 ; Alb., 0,18 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
105. Can... Démence précoce.
Sang : R. W., pas transmise ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, normale ; Alb., 0,26 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
106. Ver... Démence précoce.
Sang : R. W., pas transmise ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, normale ; Alb., 0,76 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
107. Rey... Kératodermie. Vierge.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,5 ; Alb., 0,20 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
108. Sor... Syphilis secondaire.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 0,45 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
109. X... Lupus. Vierge.
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 1,5 ; Alb., 0,20 ; R. W., douteuse ; S. R. B., retard d'hémolyse.
110. Bou... Syphilis tertiaire.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 26 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
111. Bard... Syphilis latente.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., pas faite.
Liquide : Cy, 0,7 ; Alb., 0,30 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.
112. Pau... Syphilis latente. Prurigo parasitaire.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., positive faible.
Liquide : Cy, 1,2 ; Alb., 0,20 ; R. W., positive forte ; S. R. B., négative.
113. X... Syphilis nerveuse.
Sang : R. W., positive forte ; S. R. B., pas faite.

Liquide : Cy, 0,7 ; Alb., 0,40 ; R. W., négative ; S. R. B., négative.

114. X... Poliomyélite à forme paraplégique (M. le Méd. Cap. Grimaud).
Sang : R. W., négative ; S. R. B., négative.
Liquide : Cy, 27 ; Alb., 0,80 ; R. W., négative ; S. R. B., positive.

115. X... Méningite méningococcique (M. le Professeur Rispal).
Liquide : Polynucléose, incomptable ; Alb., 2 ; S. R. B., positive très forte.

III. — *Résultats d'ensemble.*

1° *Sujets blennorragiques.*

60 cas : 37 positifs soit 66,6 o/o.

A) Blennorragies aiguës : 51 cas.

Il s'agissait là de sujets porteurs de manifestations blennorragiques récentes et qui tous sauf un (obs. n° 44) présentaient une séroréaction positive dans le sang. Sur ce nombre, nous avons observé 31 réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans 60,7 o/o des cas.

Ces observations se répartissent ainsi :

Hommes : 30 cas, avec 21 résultats positifs, soit 70 o/o ;

Femmes : 21 cas, avec 10 résultats positifs, soit 47,6 o/o.

Le pourcentage des résultats positifs est donc beaucoup plus important chez l'homme. Cette différence s'explique aisément : en effet, sauf dans le cas n° 22 (malade atteint d'un eczéma professionnel), *toutes* les blennorragies masculines étaient compliquées (épididymites, arthrites, prostatites); il nous a d'ailleurs paru que les proportions de réactions positives sont équivalentes pour les diverses variétés de complications observées ; chez les femmes, au contraire, il s'agissait de prostituées hospitalisées pour métrites en général aiguës, assez récentes avec ou sans annexite appréciable.

B) Blennorragies anciennes : 9 cas.

Dans ces 9 cas, la sérologie s'est montrée :

faiblement positive.	3 fois	dans le sang.
fortement positive .	3 fois	
positive	1 fois	
négative	2 fois	

Sur ce nombre la séro-réaction blennorragique a été positive 6 fois dans le liquide céphalo-rachidien, soit 6,6 fois sur 10, ce qui représente un pourcentage encore plus élevé que dans les cas précédents.

2° *Sujets témoins.*

54 cas.

Dans cette catégorie, nous avons relevé 12 séro-réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien soit dans 22 o/o des cas, pourcentage qui, bien qu'inférieur à celui des sujets blennorragiques, paraît à première vue excessif. Nous aborderons plus loin les considérations auxquelles ces résultats donnent lieu.

IV. — *Interprétation de ces résultats.*

Les recherches accumulées ici concernant deux catégories bien distinctes de malades il faut envisager leurs résultats séparément.

1° *Sujets blennorragiques.*

A. — LA SÉRO-RÉACTION BLENNORRAGIQUE EST POSITIVE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DE CERTAINS BLENNORRAGIQUES.

Sur un total de 60 blennorragies nous avons noté 37 séro-réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans plus de la moitié des cas : il est impossible de ne pas retenir un pourcentage de cette importance (61,6 o/o). Un fait paraît donc maintenant indubitable : *l'infection gonococcique que l'on sait depuis Muller et Oppenheim être accompagnée de modifications sérologiques dans le sang peut entraîner des altérations identiques dans le liquide céphalo-rachidien.* Pourquoi d'ailleurs en serait-il autrement pour une réaction que la majorité des auteurs considèrent aujourd'hui comme une réaction d'immunité ?

Les substances probablement spécifiques qui déterminent la séro-réaction dans le sang passent donc dans le liquide céphalo-rachidien. Il semble même quelles y passent assez précocément et surtout dans les infections sévères : en effet, chez les femmes hospitalisées pour des gonococcies en général récentes, la proportion de

réactions positives est presque deux fois plus faible que chez les hommes retenus à l'hôpital par des blennorragies compliquées.

En tenant compte des difficultés qu'on rencontre pour apprécier la date exacte de la contamination, on peut dire qu'en moyenne les modifications sérologiques du liquide céphalo-rachidien n'apparaissent pas avant un mois.

B. — Intensité. Persistance de la réaction.

a) *Blennorragies aiguës.*

Nous avons relevé sur 31 cas positifs :

8 réactions faiblement positives ;

18 réactions positives ;

5 réactions fortement positives.

Les 5 réactions fortement positives ont toutes été constatées chez des hommes atteints d'épididymites ou d'arthrites, c'est-à-dire dans les blennorragies les plus sévères que nous ayons observées. Par conséquent, lorsque la gonococcie est accompagnée de modifications sérologiques rachidiennes, l'intensité de ces modifications semble suivre un tracé parallèle à celui de l'infection.

La réciproque n'est pas exacte et nous avons observé de nombreuses blennorragies compliquées sans la moindre altération céphalo-rachidienne : nous retrouvons là un fait souvent constaté dans la syphilis et qu'on avait tenté d'expliquer autrefois par l'existence de deux races de tréponèmes.

La réaction est, comme il est logique, plus intense dans le sang que dans le liquide (29 fois sur 31). Signalons toutefois avoir vu l'inverse dans un cas (obs. n° 1) ; enfin, dans l'observation n° 44, la séro-réaction était négative dans le sang et fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien : cette indication a été dans ce cas particulier très précieuse car elle a permis de considérer comme blennorragique une épididymite dont la preuve bactériologique n'avait pu être obtenue. L'évolution, sous l'influence du traitement antigonococcique, confirma ce diagnostic.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner les liquides céphalo-rachidiens des blennorragiques après leur guérison pour apprécier la durée des altérations sérologiques. Seule l'étude des blennorragies anciennes peut nous en donner quelque idée.

b) *Blennorragies anciennes.*

Dans cette catégorie nous avons rencontré 4 réactions positives, 2 faiblement positives. Il paraît donc que la séro-réaction liquidienne survive longtemps après la guérison et s'atténue très lentement.

Les rapports avec la séro-réaction sanguine sont ici intéressants : 4 fois sur 6 la séro-réaction était plus intense dans le sang que dans le liquide ; c'est ce qui se passe normalement dans les blennorragies aiguës ; une fois la séro-réaction était d'intensité égale ; dans 1 cas (obs. n° 52) elle était plus intense dans le liquide ; enfin, dans l'obs. n° 54 la séro-réaction blennorragique négative dans le sang était franchement positive dans le liquide. Cette observation malheureusement unique nous paraît tout à fait intéressante : elle semble indiquer que les réactions sérologiques blennorragiques persistent plus longtemps dans le liquide que dans le sang, comme dans la syphilis.

De toutes manières, ces faits montrent que, un à deux ans après leur guérison clinique, certains blennorragiques peuvent présenter une séro-réaction positive dans leur liquide céphalo-rachidien.

C. — ETAT BIOLOGIQUE CONCOMITANT DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

Nous avons étudié systématiquement la cytose et l'albuminose de tous les liquides examinés.

a) Au point de vue cytologique, nous n'avons jamais constaté d'hypercytose appréciable. Dans un seul cas, d'ailleurs avec séro-réaction blennorragique négative, la cytose s'élevait à 6 cellules par millimètre cube : il s'agissait d'une épileptique, ce qui enlève toute valeur à cette constatation (obs. n° 19).

b) au point de vue chimique, nos dosages ont été faits soit par le procédé de Ravaut et Boyer, soit à l'aide d'une échelle diaphanométrique. Dans 4 cas sur 31, l'albuminose atteignait ou dépassait légèrement 0 gr. 40 par litre ; ces 4 cas ne correspondaient d'ailleurs pas à des séro-réactions particulièrement intenses (obs. n°s 1-33-34-38). Dans toutes les autres observations l'albumine oscillait entre 0 gr. 20 et 0 gr. 30.

La séro-réaction blennorragique peut donc apparaître dans le liquide des gonococciques indépendamment de toute autre altéra-

tion anatomique ou biologique; inversement l'albumine peut être légèrement augmentée sans que la séro-réaction blennorragie soit positive.

D. — Rapports avec la réaction de Wassermann et la réaction du benjoin colloidal

Certains auteurs ont prétendu que chez les syphilitiques avec réaction de Wassermann positive dans le sang, la séro-réaction blennorragique était positive hors de toute gonococcie. Ce fait ne paraît pas exact et la pratique montre que si les deux réactions sont positives en même temps avec le même sérum on peut conclure à la coexistence des deux infections, syphilitique et gonococcique.

Il en est de même pour le liquide céphalo-rachidien et Green dès 1924 avait noté ce fait. Dans nos observations, sur 31 liquides blennorragiques la réaction de Wassermann a été à peine 4 fois positive sans que d'ailleurs il y ait correspondance dans l'intensité des deux réactions : il s'agissait toujours de syphilitiques. Dans 3 cas la réaction de Wassermann était suspecte; elle était négative dans tous les autres cas. Nous avons constaté l'inverse (R. W. positif. S. R. B. négatif) dans l'obs., n° 59 chez une femme atteinte de syphilis nerveuse avec sérologie blennorragique légèrement positive dans le sang.

Il y a donc indépendance absolue entre la réaction de Wassermann et la séro-réaction blennorragique.

Nous avons aussi recherché la réaction du benjoin colloïdal dans quelques liquides blennorragiques : contrairement à ce qu'avait observé Green, elle a toujours été négative.

2° *Sujets passant pour indemnes de blennorragie.*

Chez les 54 témoins, la séro-réaction blennorragique a été 12 fois positive dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans 22,2 o/o des cas. Le caractère excessif de ce pourcentage s'explique en grande partie.

Remarquons d'abord que sur les 12 cas, deux fois la séro-réaction blennorragique n'a pu être pratiquée dans le sang; 6 fois elle s'est montrée positive : il ne paraît pas possible de considérer ces

6 malades comme des témoins véritables, indemnes de blennorragie; 5 d'entre eux étaient des déments précoces, le sixième était atteint de ramollissement cérébral.

Il est certain que l'extrême fréquence de la blennorragie, son caractère parfois latent, chronique laissent peu de valeur aux renseignements anamnestiques. La très longue persistance de la séro-réaction blennorragique nous incite plutôt à admettre dans ces cas l'hypothèse de gonococcies anciennes, latentes, inavouées ou ignorées des malades eux-mêmes. A l'origine, Green établissait des rapports étroits entre la gonococcie et certaines manifestations psychiques : nous n'avons aucune qualité pour émettre sur ce point le moindre avis, mais croyons intéressant de rappeler cette opinion que n'acceptent pas Schönfeld et Marquardt.

De tout cela il résulte que dans le lot de soi-disant témoins on peut distinguer deux catégories de malades :

1) les sujets atteints de blennorragies latentes ;

2) les sujets indemnes de blennorragies.

a) *Les blennorragies latentes.*

Longtemps la gonococcie a été considérée comme une maladie bénigne, locale. On sait maintenant qu'elle représente une affection générale avec modifications humorales.

Déjà la sérologie a conduit à la notion de syphilis latente. Il se peut que d'ici quelques années la découverte de Muller et Oppenheim ouvre des horizons nouveaux et amène à diagnostiquer couramment des blennorragies latentes, soient purement sérologiques, soient accompagnées de foyers profonds, inapparents (glandulaires, prostatiques, etc.).

Dans cet ordre de faits, l'examen sérologique (S. R. B.) du liquide céphalo-rachidien pourra peut-être rendre des services superposables à ceux tirés de la réaction de Wassermann dans les liquides de syphilis latentes.

b) *Les sujets indemnes de blennorragies.*

En tenant compte des deux sujets douteux chez lesquels l'examen de sang n'a pas été pratiqué, restent 6 témoins présentant une séro-réaction blennorragique positive dans le liquide céphalo-rachidien. Ces malades niaient toute blennorragie actuelle ou antérieure et n'en présentaient aucun symptôme clinique bactériologique, ou sérologique (dans le sang) : on peut les considérer comme indemnes de toute gonococcie.

Le pourcentage de réactions paradoxales s'élève donc à 16, 60/0, chiffre supérieur à celui qu'on observe dans le sang, encore qu'il puisse être discuté puisque chez certains blennorragiques, la séro-réaction persiste plus longtemps dans le liquide que dans le sang.

Restent donc 6 réactions non spécifiques sur 115 examens. Pour expliquer des faits semblables dans le sérum, on invoque parfois une infection par le *micrococcus catarrhalis*. Nous n'avons pas pu vérifier si cette pathogénie pouvait être invoquée ici.

Avant de finir, nous attirons l'attention sur la dernière observation : il s'agissait d'une méningite à méningocoques ; nous avons obtenu là une séro-réaction très fortement positive dans le liquide et nous promettons le cas échéant de renouveler ces essais.

CONCLUSIONS

1. — La séro-réaction blennorragique peut devenir positive dans le liquide céphalo-rachidien au cours d'un nombre assez important (66 o/o) de blennorragies habituellement compliquées.

2. — La séro-réaction blennorragique persiste longuement dans le liquide céphalo-rachidien de certains blennorragiques, plus longtemps que dans le sang ; elle survit à la guérison clinique et bactériologique.

3. — Cette modification sérologique liquidienne existe sans autre altération cytologique ou chimique du liquide céphalo-rachidien.

4. — La séro-réaction blennorragique liquidienne est indépendante de la réaction de Wassermann ; lorsque les deux réactions se montrent positives en même temps on peut conclure à la coexistence des deux infections, syphilitique et gonococcique.

5. — La séro-réaction blennorragique permet de dépister un certain nombre de blennorragies latentes ; chez les témoins vrais elle donne une proportion de réactions paradoxales (16 o/o) encore inexpliquées. Elle paraît susceptible de rendre des services intéressants dans le diagnostic des méningites méningococciques.

En l'état actuel des choses on peut admettre qu'une séro-réaction gonococcique positive dans le liquide céphalo-rachidien donne trois chances contre une d'avoir affaire à la blennorragie et pas davantage.

Faute de contrôle nous ne savons encore rien de ce qui se passe chez le sujet strictement sain.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1934.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Recherches sur les brûlures, par S. Nicolau et P. Poincloux. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, n° 2, février 1934, p. 217, 10 figures.

Un accident de laboratoire a fourni aux auteurs l'occasion d'étudier expérimentalement les brûlures. Voici les conclusions de cet intéressant mémoire. Dans le sang des brûlés (lapins et hommes) se développe une réaction leucocytaire spéciale caractérisée par : *a*) la multiplication des grands mononucléaires ; *b*) le développement des cellules jeunes primordiales ; *c*) l'apparition de cellules de Rieder ; *d*) l'accroissement léger des cellules de Türck. Cette réaction que N. et P. appellent méga-mononucléose, est précoce, intense, durable ; elle est proportionnelle à l'intensité et à l'étendue des brûlures ; elle traduit, selon eux, la défense de l'organisme du brûlé contre l'intoxication à laquelle il est soumis. Le brûlés sont réellement soumis à une intoxication que l'on peut mettre en évidence par injection intra-abdominale du sang à la souris (0 cc. 5 à 2 cc.) ce qui entraîne souvent la mort de ces rongeurs. Le principe toxique est plus abondant dans le sang total que dans le sérum ; il existe dans le foie en quantité assez abondante pour qu'on puisse l'y déceler. Le sang des brûlés ou des animaux ayant succombé à l'injection de sang de brûlés, provoque la floculation du bouillon de viande ordinaire. L'anesthésie exerce une action protectrice nette contre le risque de mort rapide auxquels sont exposés les animaux soumis à l'action de la chaleur.

H. Rabeau.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Syndrome de Raynaud et syphilis héréditaire, par N. J. Spyropoulos et G. Georgaras. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXXVII, n° 2, février 1934, pp. 97-99, 2 fig.

Observation de cette affection chez une hérédo-syphilitique de deux ans et demi. Guérison par le traitement spécifique.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

A propos des dermatoses d'origine médicamenteuse, par L. Spillmann et J. Watrin. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 98e année, 3e série, t. CXI, n° 3, 23 janvier 1934, pp. 137-139.

Les auteurs insistent surtout sur les bromides dont ils rapportent une belle observation chez une fillette de six mois qui présentait des lésions papulo-tuberculeuses végétantes, très molles, entourées d'un bourrelet inflammatoire, disséminées sur tout le corps, la face (2 éléments de 4 × 2 cm.), les membres. Cette enfant était nourrie au sein et sa mère ingérait une poudre anti-épileptique. L'examen histologique ne montrant aucune infection microbienne, les auteurs ne croient pas à l'origine biotropique staphylococcique des bromides. A. Bocage.

Le traitement des infections variées par les injections intraveineuses de carbone animal, par Saint-Jacques. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 98e année, 3e série, t. CXI, n° 4, 30 janvier 1934, pp. 169-174.

Appliquant à l'homme les résultats des recherches du professeur Coghlin, de Montréal, sur plus de 700 cas d'infections variées chez l'animal, l'auteur emploie une suspension à 2 o/o de carbone animal pulvérisé le plus finement possible, à la dose de 3 centimètres cubes intraveineux, au moyen d'une seringue mouillée d'huile de paraffine. Plus de 200 injections faites sur 100 malades avec, comme seules réactions constatées, deux fois un peu de diarrhée le lendemain de l'injection.

L'auteur admet 50 o/o de résultats « probants », et un cinquième de résultats « non probants ». Les plus intéressants concernent l'infection puerpérale, la furonculose, une septicémie staphylococcique, l'arthrite et l'orchi-épididymite blennorragiques. A. Bocage.

La métalloprévention de la syphilis au moyen des dérivés de l'or hydrosolubles et liposolubles, par C. Levaditi, A. Vaisman, D. Krassnoff et R. Schœn. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 98e année, 3e série, t. CXI, n° 6, 13 février 1934, pp. 215-231, 6 fig., 3 tableaux.

Travail très documenté montrant que les résultats sont très analogues à ceux obtenus avec le bismuth. L'efficacité et la durée de l'immunité médicamenteuse acquise sont en fonction du taux de l'imprégnation de l'organisme par le métal, dont un indice assez fidèle est fourni par le potentiel métallique rénal. A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Deux cas de polynévrites sensitives apparues au cours d'un traitement par les sels d'or, par Th. Alajouanine, G. Mauric et R. Fauvert. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 50 année, n° 4, 12 février 1934, p. 128.

Deux observations de malades traités pour tuberculose pulmonaire

par des sels d'or et venus à la consultation d'Alajouanine pour des accidents nerveux. La première a trait à une malade de 22 ans présentant une polynévrite à prédominance sensitive, avec quelques signes moteurs discrets survenus à la fin d'un traitement de sels d'or (3 gr. 30 d'allocrysine). La seconde est celle d'un malade de 27 ans, ayant reçu 5 gr. 50 de crisalbine, et présentant une polynévrite à peu près uniquement sensitive. Les auteurs penchent vers l'interprétation d'une origine toxique de ces phénomènes, bien qu'aucun argument ne soit absolument convaincant.

Netter rappelle, à ce propos, l'action antitoxique de l'hyposulfite de soude dont l'emploi, moins répandu en France qu'à l'étranger, est cependant dû à un de nos compatriotes, Ravaut, qui en 1920, en a montré la valeur. Il cite les belles expériences d'Achard et Binet, apportant une nouvelle preuve expérimentale de sa valeur antitoxique.

H. Rabeau.

Epidémie hospitalière d'infection herpétique s'étant révélée à l'occasion de ponctions lombaires, par de Lavergne, P. Kissel et J. Simonin. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 50e année, no 5, 19 février 1934.

Dans le même moment, du 3 au 11 septembre, tous les malades d'une salle commune chez lesquels fut pratiquée une ponction lombaire présentèrent les signes d'une méningite aiguë de peu de durée, elle-même suivie d'une éruption d'herpès. 9 jours auparavant, un jeune homme atteint de pneumonie avec herpès péri-buccal avait été hospitalisé, et avait apporté dans cette salle un ultra-virus herpétique.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Essai de traitement de la syphilis par un nouveau composé mercuriel mixte, par C. Simon. *Bulletin Médical,* 48 année, n° 6, 16 février 1934, p. 80.

La formule de ce composé mercuriel soluble dans l'huile rappelle celle du camphocarbonate de bismuthyle. On utilise une solution à 1 o/o, on injecte 1 centigramme 2 fois par semaine. 1 centigramme correspond à 2 cgr. 1/2 de biiodure ou de benzoate. La tolérance est satisfaisante ; les résultats cliniques ne sont pas aussi brillants que ceux de l'arsenic et du bismuth. Cette préparation constitue cependant un progrès net sur toutes les autres préparations mercurielles. En dehors des indications spéciales du mercure et des intolérances aux autres médicaments, il semble qu'elle soit préférable au bismuth pour le traitement d'entretien, du fait qu'il ne détermine pas de liseré gingival révélateur.

H. Rabeau.

Traitement de l'épulis par le radium, par P. Degrais. *Bulletin Médical,* 48e année, n° 6, 16 février 1934, p. 81, 2 fig.

B. a obtenu de beaux résultats dans le traitement des épulis par le

radium. Après badigeonnage au liquide de Bonain, il introduit dans la tumeur des aiguilles radifères, dont la longueur, la contenance en radium et la durée d'application sont régies par le volume de l'épulis. D. n'a jamais observé de récidives après curiethérapie.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Infectiosité spécifique des tumeurs malignes dans la syphilis expérimentale, par A. Bessemans et J. van Haels. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, n° 4, 23 décembre 1933, pp. 429-431.

La syphilis inapparente de la souris blanche contamine les tumeurs qu'elle porte sans cependant présenter pour elles une affinité spéciale.

A. Bocage.

Recherche du Treponema pallidum dans les ganglions périphériques des souris syphilisées expérimentalement, par C. Levaditi, R. Schœn, A. Vaisman et P. Haber. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, n° 5, 3 février 1934, pp. 491-494.

L'imprégnation à l'argent par la méthode de Diéterlé donne des résultats très supérieurs à ceux de l'examen ultra-microscopique simple pour la recherche des tréponèmes dans les ganglions lymphatiques.

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Un accident rare de l'aurothérapie. La stomatite bulleuse à type de pemphigus, par C. Carrière et G. Huriez. *Gazette des Hôpitaux*, 107e année, n° 13, 14 février 1934, pp. 219-219.

Un mois après la fin d'une série de 10 injections de crisalbine (2 gr.), apparition d'une stomatite bulleuse récidivante qui persista 7 mois, accompagnée d'un état sub-fébrile et d'anémie globulaire.

A. Bocage.

Paris Médical.

La fausse teigne amiantacée d'Alibert et sa différenciation avec les éruptions impétigineuses diffuses du cuir chevelu, par R. Sabouraud. *Paris Médical*, 24e année, n° 3, 20 janvier 1934, pp. 57-61, 2 fig.

Protestant contre l'extension injustifiée de l'eczéma séborrhéique de Unna, l'auteur montre qu'il faut ne pas confondre l'amiantacée qui donne des plaques formées uniquement de cheveux et de squames agglutinées avec des affections plus ou moins suintantes, caractérisées par la présence de sérum coagulé dans les squames croûtes, et qui sont des « eczémas impétigineux » souvent streptococciques, s'accompagnant volontiers d'intertrigo rétro-auriculaire. La première se traite par l'huile de cade, les secondes par l'eau d'Alibour faible. A. Bocage.

Les dermatites par bois toxiques, par Touraine et Gole. *Paris Médical*, 24e année, n° 3, 20 janvier 1934, pp. 62-68.

Courte revue générale, mais très documentée, avec bibliographie. On y trouvera en particulier des indications sur les alcaloïdes que renferment certains bois. A. Bocage.

Maladie éruptive trisymptomatique à évolution cyclique. Trisyndrome ou maladie de Milian, par L. Périn. *Paris Médical*, 24e année, n° 3, 20 janvier 1934, pp. 69-80, 11 fig.

Excellente description clinique et anatomo-pathologique largement illustrée de cette entité nosologique décrite par Milian en 1928 et caractérisée par des médaillons parakératosiques généralisés à forme éruptive, des zones érythémato-œdémateuses localisées et régionales, des vésicules ou bulles de dyshidrose, évoluant en quatre à sept semaines, et pouvant laisser diverses séquelles. A noter la fréquence d'une porte d'entrée cutanée ou pharyngée (angine), l'allure de maladie infectieuse, la fréquence du streptocoque dans les médaillons et les nappes érythémato-squameuses, et les vésicules (avant leur suppuration). L'auteur pense qu'on doit faire entrer dans le même cadre que cette affection le pityriasis rosé de Gibert et les parakératoses streptococciques.

A. Bocage.

De la sensibilité cutanée en matière de radiothérapie, par J. Aimard. *Paris Médical*, 24e année, n° 5, 3 février 1934, pp. 114-116.

Article écrit pour les praticiens qui font de la radiothérapie, énumérant les principales précautions à prendre et les doses dangereuses en matière de radiothérapie. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

La cheilite glandulaire (état précancéreux de la lèvre inférieure), par Touraine et Solente. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 10, 3 février 1934, p. 191, 2 fig.

Les auteurs, qui ont publié en 1933 la première observation en France de cheilite glandulaire, donnent içi une excellente revue de cette affection qu'il est important de savoir reconnaître du fait de son évolution habituelle. Le diagnostic est aisé si on en a présents à l'esprit les signes caractéristiques : petites taches rouges, non saillantes au début, plus tard légères élevures arrondies d'aspect leucoplasique, centrées d'une dépression cupuliforme au fond de laquelle se distingue l'ostium du canal excréteur de la glande salivaire ; émission d'une gouttelette de salive par cet ostium après compression de la lèvre, torpidité, évolution quasi indéfinie. Ils signalent cependant quelques erreurs à éviter. La radiothérapie est le traitement auquel on s'adressera le plus souvent. S'il y a suspicion de transformation cancéreuse, on fera une biopsie qui déterminera la conduite ultérieure. H. Rabeau.

L'hyposulfite de soude contre les accidents de la chrysothérapie, par J. Vignati, Ch. Hradisté et V. Skalak. *La Presse Médicale,* 42e année, n° 11, 7 février 1934, p. 212.

Les auteurs, qui ont appliqué la chrysothérapie à 217 malades, classent les accidents de cette méthode en anaphylactiques, biotropiques et toxiques. L'hyposulfite de soude a une action nettement préventive contre les accidents anaphylactiques ; elle n'enfluence pas les accidents biotropiques directs ou indirects, par contre, son action est remarquable contre les accidents toxiques. Ils demandent que l'effet préventif de l'hyposulfite contre les accidents de la chrysothérapie soit vérifié par d'autres auteurs sur une plus grande échelle. H. Rabeau.

Revue Médicale Française.

Les tuberculides polymorphes, par Sézary, Horowitz et Facquet. *Revue Médicale Française,* 14e année, n° 7, octobre 1933, pp. 655-660.

Courte revue générale avec bibliographie et une observation personnelle nouvelle : présence simultanée chez une femme de 35 ans ayant un fistule consécutive à l'exérèse d'une salpingite suppurée, de lupus pernio, lupus érythémateux, sarcoïdes, granulome annulaire, érythème induré de Bazin. A. Bocage.

Les traitements du xanthélasma, par M. Ducourtioux. *Revue Médicale Française,* 14e année, n° 7, octobre 1933, pp. 661-666.

1° Résection aux ciseaux sous novocaïne à 1 o/o (sans adrénaline qui donne de l'œdème consécutif). Suturer, sauf au niveau de l'angle interne de l'œil. Éviter les grandes résections à la paupière inférieure. Ne faire l'anesthésie qu'après avoir délimité la portion de peau à enlever entre des serre-fines maintenant un pli cutané qui comprend la tache de xanthélasma.

2° Électrocoagulation monopolaire avec la tête d'une épingle après anesthésie à la novocaïne à 2 ou 5 o/o. Coaguler très superficiellement et curetter couche par couche jusqu'au tissu sain.

3° Si le xanthélasma coïncidait avec un état diabétique (hyperglycémie, hypercholestérinémie), on serait en droit d'essayer l'insuline.

A. Bocage.

Réactions de floculation et diagnostic de la syphilis, par L. Deval. *Revue Médicale Française,* 14e année, n° 7, octobre 1933, pp. 667-672.

Courte revue sur ces méthodes avec résumé de la technique des principales : Kahn, Müller, Meinicke, Guillain. A. Bocage.

Formes cliniques des érythèmes arsenicaux, par L. Périn. *Revue Médicale Française,* 14e année, n° 7, octobre 1933, pp. 675-679.

Courte revue générale montrant l'existence de deux groupes d'érythèmes les uns non toxiques, survenant surtout au 9e jour, assez poly-

morphes d'aspect, souvent accompagnés de fièvre et d'angine, susceptible d'être réveillés par les premières injections arsenicales, mais s'atténuant rapidement et permettant la reprise du traitement ; les autres toxiques à type de purpura ou d'érythrodermie interdisant tout nouvel emploi des arsenicaux. A. BOCAGE.

Quelques chiffres et réflexions sur le traitement de la syphilis, par G. RIMÉ. *Revue Médicale Française*, 14e année, no 7, octobre 1933, pp. 681-687, 3 graphiques, 4 tableaux.

Statistique de la consommation en médicaments antisyphilitiques des services de l'hôpital Saint-Louis, et des services dépendant de la préfecture de police, montrant la diminution considérable de l'emploi des arsénobenzènes depuis l'introduction des arsenics pentavalents et du bismuth. A. BOCAGE.

Revue Neurologique (Paris).

Radiculite brachiale moyenne spécifique bilatérale améliorée considérablement par la malariathérapie, par D. PAULIAN et C. FORTUNESCO. *Revue Neurologique*, 41e année, t. I, no 1, janvier 1934, pp. 105-106, 1 fig.

Chez un homme de 44 ans, syndrome affectant l'aspect de paralysie radiale avec intégrité du biceps et du long supinateur, inégalité pupillaire, aortite chronique, sérologie rachidienne positive.

A. BOCAGE.

Bruxelles Médical.

Hérédo-syphilis et dysmorphoses maxillo-faciales, par WATRY. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 14, 4 février 1934, p. 471.

Les dysmorphoses maxillo-dentaires associées à la syphilis ne doivent pas simplement être étudiées comme un symptôme aidant au diagnostic de cette maladie. Il faut étudier le rôle de la syphilis dans la constitution de cette dystrophie afin d'établir le diagnostic différentiel au point de vue orthopédique. Le rôle de l'hérédo-syphilis peut se manifester de diverses façons : *1re catégorie :* hérédo-syphilis contrôlée avec accidents typiques; *2e catégorie : a)* stigmates hérédo-syphilitiques nets et pathognomoniques ; *b)* dystrophies embryogéniques ; *3e catégorie :* l'hérédo-syphilis intervient au titre de facteur influençant le terrain, pour créer un état *prédysmorphique.* H. RABEAU.

Les aspects médico-légaux des syphilis traumatiques à la lumière de la législation belge sur les accidents du travail, par R. BERNARD. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 15, 11 février 1934, p. 490.

B. expose les données juridiques communes à tous les accidents du travail et leur application à la syphilis traumatique. Tandis que le droit commun fait une « ventilation » entre l'état antérieur et l'accident, pour

attribuer la part qui revient à chacun de ces éléments en matière d'indemnisation, la législation du travail ne tient aucun compte de l'état antérieur. H. RABEAU.

L'ictère syphilitique, par G. MILIAN. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 16, 18 février 1934, p. 523.

Dans cette conférence faite aux Journées médicales de Bruxelles, M. montre l'affinité toute particulière du tréponème pour le foie. L'ictère dit catarrhal est fréquemment un ictère syphilitique. La lithiase biliaire est souvent d'origine syphilitique. La colique hépatique est fréquemment réveillée par le traitement antisyphilitique, véritable phénomène biotropique. Les ictères parathérapeutiques sont dus, sur 103 à : syphilis, 79 ; ictère infectieux catarrhal, 13 ; paludisme, 1 ; lithiase, 4 ; toxique, 2 ; insuffisamment étudiés, 4. H. RABEAU.

Malariathérapie et perméabilité méningée à l'arsenic, par M. LE FÈVRE DE ARRIC. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 16, 18 février 1934, p. 540.

Chez les paralytiques généraux, la perméabilité vasculo-méningée à l'arsenic du néosalvarsan, gravement troublée par les processus syphilitiques, tend à revenir vers la normale après la cure malarique.

H. RABEAU.

A propos de la syphilis pulmonaire, par P. AMEUILLE. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 17, 25 février 1934, p. 555.

Étude critique de la syphilis pulmonaire, montrant que si son existence ne peut être contestée, sa fréquence est minime, et qu'il est très difficile d'en faire le diagnostic clinique et même anatomique avec certitude. L'épreuve thérapeutique doit être elle-même soumise à une critique sévère, certaines affections non syphilitiques étant heureusement modifiées par le traitement spécifique. H. RABEAU.

Maroc Médical.

Les nos du *Maroc Médical* du 15 janvier et du 15 février 1934 sont consacrés à l'enquête ouverte par ce périodique sur *la fréquence actuelle de la neurosyphilis en pays marocain.*

La syphilis nerveuse chez les Arabes, par LACAPÈRE. *Maroc Médical*, janvier 1934, p. 8.

Le nombre de cas de syphilis nerveuse observés chez les Arabes est toujours très réduit et, sur 3.000 malades, l'auteur n'a constaté que 2 cas de tabès et 1 de paralysie générale.

S'il paraît actuellement y avoir légère augmentation de ces cas, leur rythme d'accroissement est hors de proportion avec le grand nombre de malades traités intensivement. Il est plutôt en rapport avec la modification de la vie indigène qui lentement se modèle sur la vie européenne.

Pour L., une des causes importantes de la rareté des syphilis nerveuses serait la précocité des contaminations, les indigènes contractant la syphilis pendant l'enfance à une époque où il n'y a aucun traumatisme intellectuel. P. VIGNE.

Hypothèse sur la pathogénie de la syphilis exotique, par DUJARDIN et DUMONT. *Maroc Médical,* 15 janvier 1934, p. 41.

Ces auteurs attribuent au terrain un rôle essentiel dans l'apparition des phénomènes nerveux dans la syphilis. Les syphilomes superficiels de la période secondaire et ceux plus profonds de la période tertiaire provoquent et entretiennent dans l'organisme un taux d'immunité suffisant pour inhiber ou même annihiler les foyers profonds, surtout nerveux ; c'est ainsi qu'à l'importance des syphilomes cutanés correspondra la bénignité des lésions nerveuses. Les multiples irritations cutanées subies par l'indigène aiguiseraient les capacités réactionnelles des tissus superficiels et faciliteraient ainsi l'éclosion des syphilomes cutanés immunisant par la suite contre les localisations nerveuses. En définitive, plus le caractère allergique sera développé, plus les atteintes nerveuses seront rares. Or, cette capacité de sensibilisation chez l'Indigène est facile à mettre en évidence par des intradermo-réactions à divers antigènes. L'allergie est particulièrement rare. Pour ces auteurs, c'est au paludisme chronique que le Noir de l'Afrique Centrale doit d'avoir une allergie aussi grande. P. VIGNE.

Y a-t-il une évolution dans la physionomie de la syphilis, par DECROP. *Maroc Médical,* 15 février 1934, p. 51.

L'auteur donne des statistiques des accidents contagieux, des accidents tertiaires et des accidents viscéraux qu'il a observés dans les différents dispensaires de Fez et de Tanger. Il conclut que, pas plus qu'autrefois, la syphilis n'a tendance à se localiser sur les viscères et qu'il ne saurait être encore question d'une « européanisation » de la syphilis musulmane. Si l'insuffisance des traitements avait dû avoir une influence considérable sur la localisation de la syphilis, on devrait la constater d'une façon nette chez les malades.

Au point de vue social, D. estime que la mentalité indigène évolue dans un sens essentiellement favorable et la syphilis commence, en étant mieux connue, à être plus précocement et plus longtemps traitée. De là s'ensuit une disparition des accidents mutilants, une moins grande gravité des lésions cutanées et ostéo-articulaires. Le musulman conserve encore une immunité relative dont on trouve la démonstration dans l'épreuve de Dujardin-Decamps. 80 o/o des malades sont des allergiques d'emblée, alors que Gougerot n'avait obtenu chez les Européens que 20 o/o d'allergiques d'emblée. Cette allergie primitive pourrait être due à l'héliothérapie intensive à laquelle les Indigènes sont soumis. PAUL VIGNE.

De l'influence des cures arsénobenzoliques de simple blanchiment sur l'évolution ultérieure de la syphilis marocaine, par Louis Salles. *Maroc Médical*, 15 février 1934, p. 59.

L'auteur a collationné les 20.000 premières observations recueillies au dispensaire antisyphilitique de Fez depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 17 à 18 ans. Sur 19.000 Musulmans syphilitiques ayant été traités par une ou plusieurs séries de novarsénobenzol, 917 ont été revus après un laps de temps plus ou moins long. L'auteur apporte des données statistiques extrêmement intéressantes sur les manifestations ultérieures de la syphilis suivant la période de la maladie pendant laquelle a été effectué le premier traitement. Sur 20.000 fiches on ne retrouve que 16 observations de tabès et 5 de paralysie générale.

L'auteur pense qu'on n'observe pas une fréquence accrue des accidents de neurosyphilis parenchymateuse et que s'il existe à Fez quelques cas de tabès, il s'agit toujours de syndromes très frustes à évolution très lente, sans amyotrophies ou incoordination. Il est d'ailleurs possible que 3 ou 4 impaludations spontanées successives dans la vie d'un Musulman aient pu arrêter un début de méningo-encéphalite ou de myélite. P. Vigne.

La syphilis nerveuse en Algérie, par Montpellier. *Maroc Médical*, 15 février 1934, p. 68.

Pour M. la syphilis de l'Indigène algérien montre une orientation organotrope nettement opposée à celle que prend la syphilis métropolitaine. Chez l'Indigène l'axe nerveux est peu touché et les manifestations de la neuro-syphilis sont rares eu égard à l'extrême fréquence de l'infection tréponémique.

Il convient cependant d'établir, en matière de neuro-syphilis chez l'Indigène, une différence entre les manifestations de syphilis cérébrales, vasculaires, méningées ou névritiques et les localisations parenchymateuses comme le tabès et la paralysie générale. Si les premières sont d'observation courante, ces dernières restent rares. Le dermotropisme de la syphilis algérienne tiendrait à deux facteurs, au virus et au terrain : au virus, qui du fait de sa culture répétée sur le tégument et le squelette, a acquis un véritable organotropisme et d'autre part, au terrain, qui, pour de nombreuses raisons, est essentiellement allergique.

M. pense que depuis quelques années le tableau de la syphilis algérienne se modifie : diminution des syphilis mutilantes, augmentation des neuro-syphilis. Pour lui, la cause en serait à peu près exclusivement due à une thérapeutique active mais insuffisante, qui, en supprimant les manifestations allergiques, entraînerait comme corollaire la suppression de la vaccination de l'axe nerveux. P. Vigne.

La paralysie générale chez l'indigène nord-africain, par Porot. *Maroc Médical*, 15 février 1934, p. 93.

P. après avoir examiné les opinions des différents auteurs pense

que la neuro-syphilis chez l'Indigène semble, depuis quelques années gagner en fréquence, et que c'est du côté du terrain qu'il faut chercher les raisons de ce particularisme de la syphilis exotique.

Néanmoins les cas de syphilis nerveuses restent rares.

La sobriété de l'Indigène est un facteur incontestable de protection nerveuse, la plupart des cas de paralysie générale ont été observés chez des alcooliques. D'autre part, la résignation, la passivité, l'absence de tout surmenage intellectuel, les longues heures de sommeil, ont également une influence heureuse.

L'auteur critique la doctrine allergique de Dujardin et avoue que le débat sur cette question difficile reste ouvert. P. Vigne.

*

* *

On trouvera dans le n° 139 du *Maroc-Médical* les réponses, à l'enquête ouverte par ce périodique, d'un certain nombre de médecins de dispensaires antisyphilitiques civils et militaires algériens et marocains.

Lepinay en tire les conclusions suivantes :

I. — Si on fait abstraction des formes centrales ou médullaires de la syphilis nerveuse d'origine vasculaire, les manifestations parenchymateuses (tabès et paralysie générale) restent toujours extrêmement rares étant donnée la fréquence de la syphilis chez l'Indigène.

II. — Bien que les traitements antisyphilitiques appliqués aux Indigènes marocains aient été jusqu'ici presque toujours insuffisants, il n'apparaît pas que le tabès et la paralysie générale soient en augmentation.

III. — Le traitement intensif, particulièrement par l'arsenic, garde toute sa valeur individuelle et sociale. Son action remarquable a fait le succès des dispensaires auprès des Indigènes. Il n'a pas eu les conséquences graves sur l'évolution de la syphilis dont on l'a accusé dans d'autres pays. P. Vigne.

Marseille Médical.

La syphilis à Marseille au cours des dix dernières années, par Gaujoux et P. Vigne. *Marseille Médical*, 15 janvier 1934, p. 65-79.

Les auteurs montrent par tableaux et graphiques les statistiques des manifestations syphilitiques observées dans les dispensaires antivénériens de Marseille.

Le chiffre des syphilis récentes (chancres syphilitiques, accidents secondaires, syphilis sans accidents, mais dont la contamination remonte à moins d'un an), après la poussée brutale de 1926 et 1927, a été ramené assez rapidement en 1931 à un chiffre relativement bas (389 cas). Mais en 1932 on note une augmentation nettement accusée, augmentation qui porte à la fois sur la clientèle des dispensaires hospitaliers, du ser-

vice de traitement au cabinet de praticien et du dispensaire de la Santé maritime, élevant le chiffre des syphilis contagieuses ou récentes de 621, en 1931, à 774 en 1932, soit dans une proportion de 23 o/o.

Cette augmentation porte particulièrement sur les chancres dont le chiffre est passé de 268, en 1931, à 386 en 1932.

Les syphilis anciennes (syphilis tertiaires, syphilis viscérales ou sans accidents dont la contamination remonte à plus d'un an) ont suivi depuis 1925 une courbe régulièrement décroissante partant de 1.500 pour descendre à 460.

L'augmentation de 1932 ne s'est pas maintenue et en 1933 G. et V. ont heureusement assisté à une diminution du nombre des syphilis récentes qui est actuellement inférieur à celui de 1931.

Ils pensent qu'il ne faut voir dans cette augmentation temporaire de la syphilis à Marseille qu'un fait fortuit de contaminations multiples autour de foyers contagieux clandestins que, pour des raisons diverses, il n'a pas été possible de dépister et de stériliser dès la première heure.

En réalité, on assiste à Marseille à une diminution progressive de la syphilis. P. VIGNE.

Remarques sur la fréquence des aspects actuels des syphilis viscérales de l'adulte, par DAVID OLMER et JEAN OLMER. *Marseille Médical,* 15 janvier 1934, p. 80.

Les auteurs ont fait le relevé du nombre des aspects cliniques des syphilis viscérales. Sur 2.027 malades observés à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, ils ont trouvé 508 cas de syphilis certaine, dont 294 avec Bordet-Wassermann positif, proportion 25 o/o.

Ces syphilis viscérales se répartissent ainsi : affections nerveuses, 70 ; affections aortiques, 60; affections hépatiques, 45 ; affections gastriques, 17; affections broncho-pulmonaires, 7 ; médiastinites, 3 ; néphrites, 12. P. VIGNE.

Relevé statistique des cas de tabès et de paralysie générale observés à la clinique neurologique depuis 1920, par HENRY ROGER, ALLIEZ et PAILLAS. *Marseille Médical,* 15 janvier 1934, p. 83.

Sur 9.647 observations recueillies à la Clinique neurologique depuis 1920, il a été observé 208 cas de paralysie générale et 280 cas de tabès. On note sur les graphiques une ascension brutale des tabès en 1930 pour les femmes, et en 1931 pour les hommes. Cette même ascension s'est reproduite en 1931 pour les hommes atteints de paralysie générale. Le parallélisme qui paraît assez net pour les courbes de fréquence de tabès et de paralysie générale chez les hommes ne s'observe pas avec la même régularité chez les femmes. P. VIGNE.

Fréquence des formes cliniques de la syphilis oculaire, par JEAN SEDAN. *Marseille Médical,* 15 janvier 1934, pp. 86-98.

La statistique de l'auteur porte sur 10.000 observations. Sur ce nom-

bre on compte 732 syphilitiques. Les lésions les plus fréquemment observées sont : des kératites interstitielles (79), des iritis (88), des inégalités pupillaires (119), des chorio-rétinites (78), des atteintes du nerf optique (215) et des ophtalmoplégies (46).

Sur ces observations, 142, soit plus du sixième, ont trait à d'indiscutables lésions hérédo-syphilitiques. P. VIGNE.

La syphilis palmo-plantaire, par A. VIDAL. *Marseille Médical*, 15 janvier 1934, p. 99.

Revue générale clinique et diagnostique de la question.

P. VIGNE.

La syphilis traumatique, par PAUL VIGNE et J. DUSAN. *Marseille Médical*, 15 janvier 1934, p. 109.

Observation particulièrement démonstrative de syphilis traumatique : malade de 44 ans, syphilitique depuis 16 ans, traité assez irrégulièrement, qui a fait à deux reprises à la suite de traumatismes, l'un sur l'arête du nez, l'autre sur la lèvre supérieure, des lésions tertiaires cutanées et osseuses avec effondrement du cartilage, disparition des os propres du nez, et gomme labiale. P. VIGNE.

Provence Médicale.

Quelques aphorismes et conseils d'ordre pratique à propos du diagnostic du chancre syphilitique, par M. BOURRET. *Provence Médicale*, 4e année, no 29, 15 février 1934, pp. 16-17.

On y trouvera, condensé en termes heureux, ce que tout praticien doit avoir présent à l'esprit en examinant une ulcération suspecte.

A. BOCAGE.

Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest.

Dermobiophylaxie et dermodésensibilisation. Essai de traitement des affections de la peau par intradermo-protéinothérapie à haute dose, par A. SAVULESCO. *Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*, no 7, juillet 1933.

Après avoir rappelé toute une série de notions pathogéniques, dont il donne les références bibliographiques, l'auteur expose une méthode de traitement par injection intradermique en 10 à 20 piqûres d'une dose de 7 à 10 centimètres cubes d'un mélange « hémogalacte », de sang du malade avec du lait (environ deux fois de celui-ci). Le large bloc infiltré « compact intradermique » ainsi constitué est renouvelé à intervalles réguliers tous les deux ou trois jours par exemple.

Les résultats sont les suivants :

Guérison de la furonculose en deux ou trois séances après exacerbation initiale.

Même succès dans les pyodermites, y compris le sycosis (3 cas).

Guérison du lupus érythémateux après une phase de pigmentation (20 compacts).

Guérison en 3 ou 4 compacts des grandes chancrelles cutanées.

Pas de résultat dans le lupus tuberculeux ou les tuberculides.

Guérison des ulcères variqueux.

Guérison de 20 cas d'eczéma sur 20 traités (18 à 20 compacts intradermiques).

Guérison de 4 prurigos (sur 4). A. Bocage.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Recherches sur la protection contre la lumière par les pommades (Untersuchungen über den Lichtschutz durch Salben), par E. Raabe. *Dermatologische Wochenschrift*, T. XCVIII, no 5, 3 février 1934, p. 129, 1 fig.

Sur 25 malades, dont R. avait au préalable éprouvé les réactions aux rayons ultra-violets, il a étudié le pouvoir empêchant de diverses crèmes, pommades ou corps gras préconisés contre l'action de la lumière. Certains produits (äsculo, eugadine, eucutol 6, lanoline, niveacrème et vaseline blanche) atténuent l'effet des rayons ultra-violets. D'autres (gletschermattan, ultra-zeozon et vaseline jaune) le suppriment complètement : ni érythème, ni pigmentation consécutive. Les premiers ont l'avantage pratique de ne pas empêcher la défense naturelle de l'organisme contre les rayons, dont ils modèrent seulement l'action.

L. Chatellier.

Sur le nodule des laitiers (Ueber Melkerknoten), par J. Pomuss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 5, 3 février 1934, p. 135, 4 fig.

P. a eu l'occasion d'observer 81 cas de cette affection. L'éruption correspondait à la description classique. Dans plusieurs cas, elle témoignait d'une transmission de l'homme à l'homme. Les vétérinaires sont d'accord pour en faire une fausse variole et tous les malades avaient été vaccinés ; beaucoup, revaccinés. Le nodule des laitiers ne se rencontre guère que chez les individus en contact depuis peu de temps avec les vaches. Chez les laitières en exercice depuis plusieurs années, P. n'en a jamais observé : il semble donc exister une immunité acquise. La revaccination a réussi chez certaines malades en pleine éruption de nodules ; inversement, la revaccination n'a pas empêché, même récente, la contamination des malades par les vaches. P. croit donc que nodule des laitiers, variole et vaccine sont des maladies indépendantes. Histologiquement, les lésions varient selon le stade évolutif des lésions : dans l'épiderme, œdème, vésiculation, acanthose, hyperkératose dans les formes verruqueuses; dans le derme, infiltration constituée par des lymphocytes, des polyblastes et des leucocytes, œdème, congestion et dilatation vasculaires, et, à la période de régression, nécrose partielle. (Pas la moindre mention des travaux français. — N. d. T.) L. Chatellier.

Pour la connaissance de l'eczéma professionnel des dentistes (Zur Kenntnis der Berufekzeme bei Zähnärzten), par K. Rosenthal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 5, 3 février 1934, p. 142.

Deux observations d'eczéma provoqué du visage, des mains, du tronc ou du scrotum et des cuisses, consécutif à l'emploi du nelkenöl (ol. caryophyllorum) et de son dérivé l'eugénol. L. Chatellier.

Sur le traitement des maladies spécifiques qui simulent l'érythème polymorphe par le salvarsan et la transfusion (Zur Behandlung eigentümlicher Erythema multiformeähnlicher Erkrankungen mit Salvarsanpräparaten und Bluttransfusionen), par G. Scheiber. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 6, 10 février 1934, p. 173.

S. rappelle les succès qu'il a obtenus dans l'érythème polymorphe avec le salvarsan et la transfusion. Chez un jeune homme de 25 ans, apparaît une éruption simulant un érythème polymorphe avec hémorragie ; très rapidement s'installe une fièvre élevée avec altération grave de l'état général. Pas de syphilis, pas de paludisme, pas de tuberculose ; les hémocultures restent négatives. Le spirocid ne donne guère de résultat ; on injecte en 3 fois un total de 1 gr. 05 de néosalvarsan, avec quinine, salicylate de soude, électrargol, etc. Les accès fébriles se répètent tous les deux jours, suivis d'une nouvelle poussée éruptive. On tente une transfusion de 300 centimètres cubes, qui amène une prompte sédation des symptômes ; reprise de l'éruption, qu'une nouvelle transfusion arrête très rapidement ; troisième poussée fébrile et éruptive, qui est traitée par le solusalvarsan seul. L. Chatellier.

Sur une dermite professionnelle causée par la résine d'abeilles propolis (Ueber eine professionnelle Dermatitis, verursacht durch Bienenharz Propolis) par I. Umansky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 6, 10 février 1934, p. 177.

Sous le nom de propolis, on désigne une sorte de colle résineuse qui est produite par les abeilles dans les ruches pour boucher les trous dans la ruche, pour coller et consolider les rayons ; c'est donc la partie extérieure de la construction de cire, d'où le terme de « propolis ». Chimiquement, c'est une solution de résine dans une huile éthérée, avec mélange d'alcool cinnamonique et de produits colorants. Un collecteur d'abeilles est atteint depuis 1927 d'une dermite provoquée des doigts (érythème, gonflement, vésiculation terminale) qui apparaît dès que le malade touche les rayons. Il s'agit d'une sensibilisation professionnelle au propolis. L. Chatellier.

Evolution variable de la maladie dans une syphilis familiale (syphilis maligne ; syphilis d'emblée), par K. Scheiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 6, 10 février 1934, p. 180, 2 fig.

Deux sœurs, de pères différents, présentent des manifestations de syphilis grave, ulcéreuse. L'aînée, opérée peu avant l'examen d'appendicite, semble avoir été contaminée par la bouche ou la gorge ; pour

la cadette, il est impossible de découvrir la portée d'entrée ; toutes les deux sont vierges. Une autre sœur plus jeune (10 ans) ne présente aucun signe clinique. La mère, mariée une première fois, a eu une fausse couche, puis l'aînée des trois sœurs ; on trouve chez elle des signes cliniques évidents de syphilis, avec sérologie fortement positive. Son deuxième mari est cliniquement et sérologiquement sain. La mère nie tout contact étranger. Un an auparavant, elle aurait pris en nourrice l'enfant d'un chemineau ; au moment de la naissance de l'enfant, lésion ulcéreuse du vagin et sérologie positive. L'enfant ne présente aucune manifestation clinique, mais une sérologie positive. Les différents traitements (As, Hg) ne sont pas supportés par l'enfant. L'examen sérologique de la troisième sœur est nettement positif, malgré l'absence de tout symptôme clinique. Ainsi dans une famille, la mère a une syphilis normale ; deux de ses filles, contaminées par elle ou le petit enfant, font une syphilis ulcéreuse, grave ; chez l'une d'elles, l'inoculation n'est pas décelable (syphilis d'emblée) ; la troisième fille, au contraire, n'a qu'une syphilis sérologique. Chez les deux sœurs aînées, liquide normal, mais réaction intense à la luétine. L. CHATELLIER.

Recherches capillaro-microscopiques. III[e] mém. Télangiectasies héréditaires progressives (Kapillarmikroskopiche Untersuchungen. III. Mitt. Hereditäre progressive Teleangiektasien), par S. BOMMER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 7, 17 février 1934, p. 201, 10 fig.

Chez une femme de 41 ans et chez ses deux filles, on trouve : une coloration rouge vif des deux joues, des engelures, une visibilité microscopique anormale du réseau sous-papillaire et des dilatations anévrysmales des vaisseaux sous-papillaires et des capillaires terminaux.

Les modifications vasculaires s'étendent à toute la peau. Rien dans les muqueuses de l'œil et du nez, ni dans le fond de l'œil. Par endroits, les dilatations vasculaires prennent la forme de boudins. La mère présente, sur le sein gauche, des dilatations visibles à l'œil nu, ressemblant à des angiokératomes. Il y a là une transmission héréditaire, non d'une anomalie vasculaire anatomique, mais d'un état fonctionnel des cellules des parois vasculaires, qui aboutit, avec le temps, à une dilatation anévrysmale, à des télangiectasies et enfin à des formations angiomateuses. La diète de Sauerbruck-Hermannsdorfer, avec titrosalz, aboutit en 8 mois, chez la mère, à une régression notable de la cyanose cutanée, de l'hyperkératose et des angiomes eux-mêmes.

L. CHATELLIER.

Le traitement radiothérapique du lupus vulgaire est-il encore autorisé ? (Hat die Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris noch Berechtigung ?), par F. KOCH et O. BIRKENMAIER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 7, 17 février 1934, p. 210.

Aux anciens traitements du lupus, s'ajoutent aujourd'hui le régime et la radiothérapie. Le régime donne d'excellents résultats, mais il n'em-

pêche pas les récidives et, pour être actif, il doit être fait avec rigueur, donc à grands frais d'argent et de temps.

La radiothérapie présente l'avantage d'être un traitement ambulatoire, peu douloureux et beaucoup moins cher. Après les essais thérapeutiques du début, la radiothérapie a été condamnée. Mais il faut savoir que la radiothérapie ne doit pas être appliquée à tous les lupus, elle convient surtout aux lupus hypertrophiques. Les malades doivent être traités par le même ou les mêmes radiothérapeutes. La rigueur des dosages actuels permet d'éviter les erreurs et, partant, les accidents du début : il ne faut jamais dépasser la dose supportable (3 ou 4 fois, 1 dose érythème par champ, avec filtre 1-3 mm. Al, et séances échelonnées sur 2 ans environ). Quand le résultat des premières séances est insuffisant ou nul, il vaut mieux abandonner la radiothérapie.

Quant au danger de la cancérisation, il n'est pas plus grand qu'avec les autres méthodes, si le traitement a été bien conduit. Depuis 1911, à Tubingen, il a été traité par la radiothérapie 380 lupus avec 10 épithéliomas ; par les autres méthodes (cautère, caustiques, ultra-violets), 115 lupus, avec 3 épithéliomas ; soit, pour les deux groupes, 2,6 o/o d'épithéliomas.

L. Chatellier.

Recherches sur le traitement de la syphilis fraîche par des spirochètes vivants (Ueber Heilversuche mit lebenden Spirochäten in Fällen von Frühsyphilis) par E. Neuberg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 8, 24 février 1934, p. 229.

La vaccinothérapie de la syphilis est restée longtemps impossible. Grâce aux travaux de Hilgermann et de L. Benedek, la culture et l'atténuation du spirochète sont devenues plus aisées. N. a pu expérimenter le vaccin de Hilgermann dans 215 cas de syphilis récentes (chancres, syphilis secondaire, tertiaire, congénitale, latente). Le vaccin s'emploie de préférence sous-cutané, rarement intramusculaire et exceptionnellement intradermique. Les injections de vaccin se font à doses décroissantes (de 1 cc.-1 cc. 5 à 0 cc. 1). Il existe 2 formes de vaccin : le vaccin sur sang et le vaccin sur sérum. Avec le premier, et surtout aux fortes doses, il existe des réactions locales, et aussi des réactions focales.

Sur les accidents primaires et secondaires, le vaccin n'a guère d'action curatrice et les spirochètes ne sont nullement influencés. Les accidents tertiaires sont améliorés, mais les lésions préalablement traitées par le vaccin deviennent très sensibles aux médicaments chimiothérapiques et disparaissent avec une rapidité inconnue jusqu'à présent : les réactions sérologiques sont accentuées. Dans les syphilis malignes, la chimiothérapie retrouve, après vaccination, toute son efficacité. Dans la syphilis nerveuse, L. Benedek a employé la vaccinothérapie associée ou non à la pyrétothérapie, et a obtenu des résultats satisfaisants sur les lésions sériques et liquidiennes. Dans la paralysie générale, la vaccinothérapie ne paraît pas supérieure à la malariathérapie.

L. Chatellier.

Etiologie et traitement général de l'acné vulgaire (Ætiologie und allgemeine Behandhung der Acne vulgaris), par D. v. Kémery. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 8, 24 février 1934, p. 237.

K. a traité 52 malades atteints d'acné vulgaire. Tous les malades présentaient des lésions pulmonaires, mais aucun n'avait de lésions sévères. La réaction de Pirquet s'est toujours trouvée positive. Un examen laryngoscopique et dentaire, pratiqué chez tous, a nécessité : chez 43 d'entre eux, la tonsillectomie ; chez tous, des extractions dentaires pour abcès apicaux. Les foyers pyogènes profonds détruits, 22 malades guérirent rapidement sans autre traitement. Pour les 30 autres, malgré l'amélioration, parfois considérable, des lésions cutanées, un traitement à la tuberculine prudent aboutit à la guérison complète de 27 malades, à l'amélioration de 2 malades et à l'aggravation de l'éruption dans un cas. En même temps, les sujets présentèrent une amélioration nette de l'état général (reprise du poids et de l'appétit) ou des fonctions gastro-intestinales ou annexielles. K. tient l'acné vulgaire pour un symptôme consécutif à l'association de foyers tuberculeux et pyogènes ; la chronicité de l'affection est due à la tuberculose et les poussées purulentes aiguës aux foyers pyogènes. L'activité des foyers pulmonaires ne se traduit pas seulement à l'examen pulmonaire, mais peut donc encore se révéler par les lésions cutanées. L. Chatellier.

Ulcères de l'estomac chez un lépreux (Ulcera ventriculi bei einer Leprösen), par A. Paldrock. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 8, 24 février 1934, p. 241, 3 fig.

Chez un lépreux, qui n'avait jamais présenté de son vivant de signes gastriques ni d'anémie, l'autopsie fit découvrir 9 ulcères de l'estomac. L'examen histologique n'autorise pas à rattacher ces ulcères à la lèpre.

L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur les épidermophytides et l'épidermophytine (Ueber Epidermophytide und Epidermophytin), par A. E. Ruete et U. Scholz. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, f. 5, février 1934, p. 241.

Les épidermophyties ne sont pas des dermatoses purement superficielles. En effet, au cours des épidermophyties (dyshidroses des pieds et des mains), il apparaît sur tout le corps une éruption composée de placards rougeâtres, peu infiltrés, mal délimités où se mêlent des vésicules isolées. Ce sont des épidermophytides. L'injection intradermique détermine une réaction nette et l'éruption guérit rapidement. L'intradermoréaction à l'épidermophytine est positive chez tous les malades atteints d'épidermophyties ; elle paraît spécifique, car elle est négative dans la trichophytie profonde et le *pityriasis versicolor*. Cependant, ce point mérite encore d'autres investigations. L. Chatellier.

Un cas de verruga peruviana (maladie de Carrion) [Ein Fall von Verruga peruviania (Carrionsche Krankheit)], par W. Frohn. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, f. 6, février 1934, p. 245, 3 fig.

Un jeune médecin de 29 ans, dans un voyage d'études international aux Andes, est abondamment piqué par les moustiques ; après consommation d'eau polluée, se déclare une dysenterie amibienne. Pendant le voyage de retour, éruption verruqueuse du visage et des mains, que le malade reconnaît lui-même être du *verruga peruviana*. A Innsbruck, on constate une éruption généralisée à tout le corps de 80 éléments verruqueux. Pas de *Bartonella*, ni dans le sang, ni sur coupes ; mais prolifération considérable des cellules endothéliales, qui forment un tissu d'aspect angiomateux. Les commémoratifs confirment le diagnostic de *verruga*. Le salvarsan provoque d'abord une exaspération de l'éruption, puis sa disparition progressive et une amélioration considérable de l'état général. Il n'y eut pas de récidive.

L. Chatellier.

Sur une folliculite herpétique expérimentale ou herpès folliculaire (Ueber eine experimentelle Folliculitis herpetica s. Herpes follicularis), par H. Hruszek. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, f. 6, février 1934, p. 258.

L'inoculation de l'herpès réussit, sur la peau de l'homme, après friction du tégument avec du virus herpétique (incorporé à la lanoline anhydre ou à la pommade de Moro ou, enfin, pur) : au point d'inoculation se développe une folliculite typique dont la nature herpétique est vérifiée par inoculation à la cornée du lapin ou par passages successifs à l'homme après scarification. L'évolution ultérieure d'un herpès ainsi provoqué est identique à celle de l'herpès inoculé après scarification, par la tendance aux poussées et aux récidives. Du point de vue pratique, ce fait laisse penser qu'il y a des formes spontanées d'herpès, dont l'étiologie véritable n'est pas reconnue ; en particulier des dermatoses folliculaires (d'après Nægeli, quelques cas de sycosis non parasitaire), qui n'offrent pas seulement l'aspect vésiculeux, mais encore papuleux, urticarien et pustuleux.

L. Chatellier.

1° **Dermatite, eczéma et autres allergoses** (Dermatitis, Ekzem und andere allergesen), par W. Beijerinck. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, f. 6, février 1934, p. 275.

2° **Résultats des recherches sur le sucre du sang et de la peau en dermatologie** (Ergebnisse der Blut- und Hautzucker untersuchungen in der Dermatologie), par B. Ottenstein. *Ibid.*, p. 293.

Deux revues des travaux récents sur ces questions, avec bonne bibliographie.

L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Syphilis des voies aériennes supérieures (Lues der oberen Luftwege), par HEINDL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 47e année, no 7, 16 février 1934, p. 203.

Revue générale sur les différentes manifestations syphilitiques de la langue, du nez, du pharynx, du larynx et de la trachée.

L. CHATELLIER.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Influence de la cure intensive arsénobismuthique sur l'évolution clinique et sérologique de la syphilis secondaire récente (Influencia de la cura intensiva arsenobismútica sobre la evolution clinica y serológica de la sifilis secundaria reciente), par E. A. SAINZ de AJA et M. FORNS CORNERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 4, janvier 1934, p. 235.

Avec la cure intensive d'Hoffmann, que les auteurs considèrent comme le minimum exigible de tout traitement d'attaque, les manifestations contagieuses sont les premières à disparaître. Les réactions sérologiques ne deviennent négatives que plus tard. Le Bordet-Wassermann et le M. T. R. se montrent les plus dociles. Le Kahn, la M. Kl. R., la M. B. R. résistent davantage. Malgré le caractère massif des doses, on assiste assez souvent au phénomène paradoxal d'une négativation ajournée jusqu'à la période de repos thérapeutique.

J. MARGAROT.

Un cas de lymphome gommeux (Un caso de limfoma gomosa), par A. RODRIGUEZ ALONSO et SEGISMUNDO CABRERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 4, janvier 1934, p. 244.

Un malade atteint de syphilis depuis 2 ans et traité d'une façon insuffisante présente dans l'aine droite une tuméfaction ganglionnaire, dure, indolore, adhérente en profondeur et à la peau. Elle est ulcérée et montre un fond jaune d'aspect vernissé.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont fortement positives. Les cuti-réactions au Dmelcos, au Frei et à la tuberculine sont négatives.

Un traitement arséno-bismuthique améliore les lésions. Les auteurs portent le diagnostic de lymphome gommeux. J. MARGAROT.

Acrodermatite pustuleuse continue d'Hallopeau (Acrodermatitis pustulosa continua de Hallo peau),par A. NAVARRO MARTIN. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 4, janvier 1934, p. 247, 7 fig.

L'acrodermatite pustuleuse continue d'Hallopeau est une affection relativement rare. Le nombre des cas publiés ne dépasse pas une centaine. Son étiologie et sa pathogénie sont encore entourées d'une grande obscurité. Les formes de transition, les cas atypiques compliquent le problème. Audry décrit, à côté de la forme suppurée continue, une

variété bulleuse récidivante, d'un pronostic moins grave, sous le nom de phlycténose récidivante des extrémités.

N. M. rappelle les principales interprétations qui ont été proposées. Pour Hallopeau, l'acrodermatite serait une pyodermite staphylococcique. Audry en fait une trophonévrose. D'autres auteurs remarquent sa coexistence avec des phénomènes endocriniens et la rattachent à un trouble humoral. Certains voient dans cette affection une forme de l'impétigo herpétiforme de Hebra. Elle est rattachée par quelques dermatologistes à la dermatite herpétiforme de Dühring. On a également soutenu son identité avec le psoriasis pustuleux.

Le cas observé par l'auteur se rapporte à une forme typique d'acrodermatite suppurée continue existant depuis 8 ans et ayant donné lieu à de graves épisodes de généralisation.

Les cultures du pus sont restées stériles. Une seule fois un staphylocoque blanc a été isolé. Un vaccin et un lysat, préparés avec ce germe et introduits dans le derme et dans l'hypoderme, ont amené la formation d'une plaque érythémato-pustuleuse identique aux lésions spontanées en même temps qu'une réaction générale. Des injections de lait et de tuberculine sont suivies de phénomènes analogues. On peut conclure à une intense allergie cutanée.

Le contenu des pustules ainsi provoquées se montre stérile. Inoculé à la peau et à la cornée du lapin, il ne donne lieu à aucune lésion. Par contre, son inoculation dans le cerveau est suivie d'une encéphalite mortelle, transmissible par la même technique. On peut émettre l'hypothèse de l'existence d'un virus invisible neurotrope.

Les divers moyens thérapeutiques ont échoué. Seuls les rayons X ont fait disparaître les lésions, mais la guérison définitive ne saurait être affirmée. J. Margarot.

La forme inapparente du lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas et Favre (La forma inaparente del limfogranuloma venereo, o enfermedad de Nicolas y Favre), par J. Bejarano et S. Gallego Calatayud. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 4, janvier 1934, p. 265.

La réaction de Frei est positive chez des femmes ne présentant aucune manifestation ganglionnaire ou rectale. La proportion de ces cas s'élève à 23 o/o chez les prostituées.

On peut supposer une fausse réaction d'origine protéique banale, mais la netteté des manifestations cutanées consécutives à l'injection intredermique doit faire rejeter l'hypothèse d'une sensibilisation non spécifique. Cette notion permet également de ne pas considérer les sujets comme de simples porteurs de germes.

Il paraît plus logique d'admettre qu'il s'agit de femmes atteintes d'une maladie de Nicolas-Favre évoluant sans symptômes, c'est-à-dire d'une affection inapparente, suivant le concept biologique de Nicolle.

Sont-elles contagieuses ? Certaines observations semblent le démon-

trer. Si la preuve formelle du fait était apportée, un traitement serait légitime, mais d'une conduite bien difficile.

Le pronostic de ces formes latentes reste incertain. On peut toutefois remarquer la fréquence des syndromes ano-génito-rectaux chez les vieilles prostituées. J. Margarot.

Trois cas d'exanthème dans la maladie de Nicolas-Favre (Tres casos de exantema en enfermedad de Nicolas-Favre), par Luis de la Costa Almonacid. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, nº 4, janvier 1934, p. 272, 3 fig.

L'auteur observe, chez trois malades atteints de maladie de Nicolas-Favre, un exanthème avec éléments papulo-urticariens et papulo-vésiculeux occupant la face, le cou, la partie supérieure du thorax et, dans un cas, la face dorsale des mains et l'extrémité inférieure des avant-bras. Il évolue en quelques jours, donne lieu à quelques squames et disparaît sans avoir provoqué d'autres symptômes subjectifs qu'un léger prurit.

Le siège de l'éruption sur les régions découvertes fait soupçonner qu'il s'agit d'une actinodermite en rapport avec une photosensibilisation créée par le virus lymphogranulomateux. J. Margarot.

Lymphogranulomatose sténosante du rectum avec fistules vulvo-périnéales (Linfogranulomatosis estenosante del recto con fistulas vulvoperineales), par E. Alvarez Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, nº 4, janvier 1934, p. 277.

L'auteur a publié en 1914 un travail sur les fistules vulvo-périnéales qu'il rattachait à des bartholinites gonococciques compliquées de phlegmon périnéal profond, à des chancrelles térébrantes de la fourchette ou à des séquelles de lésions syphilitiques.

La fistule qui fait l'objet de la présente note s'ouvre sur la commissure postérieure de la vulve et aboutit à un bloc inflammatoire et sténosant péri-rectal de nature lymphogranulomateuse. La réaction de Frei est fortement positive.

S. de A. pense que certains des cas qu'il a anciennement décrits doivent être revisés et rattachés à ce facteur pathogénique, comme doivent lui être rattachées les lésions de la lymphogranulomatose décrites par lui avant 1920 et considérées à ce moment comme d'origine gonococcique probable. J. Margarot.

Vaste syphilome tertiaire de la face, simulant un lupus vulgaire (Vasta sifilis terciara de la cara, simulando un lupus vulgar), par J. Arredondo Bermejo. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, nº 4, p. 280.

Des lésions tubéreuses, caséifiées et ulcérées, couvrent les joues, les tempes, le front et les paupières. Elles ont l'aspect de lupomes. La vitro-pression fait apparaître des nodules jaunes. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et légèrement douloureux.

Les antécédents, les réactions sérologiques démontrent l'existence d'une syphilis. Le traitement spécifique donne une cicatrisation rapide.

J. Margarot.

Réinfection syphilitique : deux nouveaux cas (Reinfeccion sifilitica : dos nuevos casos), par E. Alvarez Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, n° 4, janvier 1934, p. 283.

S. de A. apporte deux observations d'accidents primaires survenus chez des malades déjà atteints de syphilis. Il écarte le diagnostic de récidive d'origine endogène ainsi que celui de superinfection pour conclure à l'inoculation d'une seconde syphilis.

Dans l'un des cas, les preuves de la guérison de la première infection paraissent très démonstratives. Dans l'autre, l'évolution clinique et sérologique autorise la même interprétation.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia.

Contribution à l'étude histo-pathologique de la syphilis placentaire (Contribución al estudio histo-patologica de la sifilis placentaria), par E. Gil Vernet. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10e année, nos 99, 100 et 101, décembre 1933 et janvier et février 1934, pp. 220, 263 et 300, 38 fig.

Important travail dont les conclusions tendent à considérer la spécificité des lésions du placenta syphilitique comme douteuse. Les altérations n'ont rien de pathognomonique. Leur connaissance isolée, en dehors des résultats des examens cliniques et sérologiques, n'a qu'une valeur relative pour le diagnostic. J. Margarot.

Traitement intradermique du lupus par application focale (Tratamiento intradermico de lupus por applicacion focal) par J. Cabre Claramunt. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10e année, n° 101, février 1934, p. 329.

C. C. traite le lupus par des applications locales d'une préparation aurique glycosée ayant comme formule : $C^6H^{11}O^5SAu$. Il l'utilise en injections intradermiques d'un dixième de centimètre cube, de manière à entourer les éléments lupiques d'une atmosphère de sel. Une légère tuméfaction douloureuse se produit et dure deux ou trois jours. Une résorption lente se fait ensuite.

La tolérance est parfaite. L'amélioration est constante. On peut associer à ce traitement les autres méthodes locales et générales.

J. Margarot.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Les hémosidéroses cutanées, par Sannicandro. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 2, février 1934, p. 133, 5 fig., bibliographie.

Ce travail est une revue générale de la complexe et obscure question des hémosidéroses, accompagnée de considérations et d'observations

personnelles. Le terme ultime de la destruction des globules rouges dans l'organisme est la formation de bilirubine, qui est excrétée par la bile. L'hémosidérine est un des termes intermédiaires de cette destruction, et lorsqu'elle s'accumule dans les tissus, et en particulier dans la peau, elle détermine des pigmentations. Mais pourquoi, dans certains cas, l'érythrolyse s'arrête-t-elle à ce stade intermédiaire ? Ce fait ne peut s'expliquer que par une anomalie dans l'activité élaboratrice des cellules. C'est là qu'est le nœud de la question, le point obscur que des hypothèses diverses se sont proposé d'expliquer.

Un premier chapitre de ce travail est consacré à l'étude des pigments d'origine hématique : hématine, hématochromogène, hématoporphyrine, porphyrines, hématoïdine, etc...

Un autre chapitre est consacré à l'étude de l'hémosidérine, pigment spécial, qui donne la réaction histochimique du fer et qui formerait deux sortes de pigments, le pigment ocre et le pigment brun, sur les rapports respectifs desquels existent de nombreuses divergences.

L'origine de ce pigment a fait l'objet de nombreuses discussions et de nombreuses recherches, d'où il semble cependant bien résulter que le système réticulo-endothélial montre une activité spécifique pour le fer : en effet, si l'on excite le métabolisme du fer et si l'on administre du fer sous la forme soluble, les cellules du système réticulo-endothélial retiennent le fer en quantité notable. Elles forment, selon l'expression de Chevallier, un véritable système sidéro-cytique, auquel préside la rate, qui joue vis-à-vis d'elles le rôle d'un organe de contrôle.

Quant au mécanisme de la formation de l'hémosidérine, il est également, à l'heure actuelle, du domaine de l'hypothèse ; ce qui est certain, c'est que tout épanchement de sang dans les tissus n'aboutit pas à la formation de pigmentations, et on est en droit d'en conclure que, dans la genèse des sidéroses, les facteurs hyperhémolyse et hyperproduction d'hémoglobine, ne jouent qu'un rôle secondaire et que le rôle principal est dévolu à une *activité cellulaire* spéciale. Certaines expériences semblent bien le prouver : ainsi, si on injecte dans la peau d'un rat de l'hémoglobine pure, celle-ci se résorbe complètement. Si on injecte de l'hémoglobine additionnée de peptone, ou de pantopon, on voit la sidérose se produire d'une manière évidente.

Au point de vue dermatologique, il est particulièrement intéressant de préciser quel est le rôle de la peau dans le métabolisme du fer, et à ce propos se pose la question des rapports entre la sidérodermie et la mélanodermie, entre le pigment ocre et le pigment brun, ou mélanine. Ce dernier contient-il du fer, est-il d'origine hématique comme le premier ? Question très controversée et sur laquelle l'accord n'est pas encore fait.

Une autre question très discutée est celle du mécanisme génétique des hémosidéroses cutanées. Trois théories ont été proposées : *a*) l'hémosidérine arriverait à la peau préformée, transportée par des cellules

sidérotiques émigrées d'autres organes et particulièrement de la rate ; *b*) la peau jouerait un rôle actif dans l'érythrolyse, soit par un mécanisme humoral (production d'hémolysines), soit par un mécanisme cellulaire (érythrophagocytose) ; *c*) la peau interviendrait dans l'élaboration de la substance colorante du sang, libérée par la dissolution des globules rouges dans les organes internes et dans les vaisseaux.

La seconde partie de ce travail est consacrée à l'étude clinique des hémosidéroses cutanées.

Un premier groupe est représenté par les *hémosidéroses généralisées avec hémosidérose cutanée*. L'anémie pernicieuse, l'ictère hémolytique, les splénomégalies hémolytiques, les crises hépatiques splénomégaliques, les cirrhoses hépatiques pigmentaires, etc... sont caractérisés par une activité anormale du système réticulo-endothélial des divers organes, notamment des cellules de Kupfer du foie, et dans ces affections, la pigmentation cutanée a été souvent observée. L'auteur rapporte à ce propos l'observation personnelle d'un syndrome de Schamberg chez un sujet atteint d'ictéro-anémie hémorragique, dont il fait une étude détaillée.

Un deuxième groupe est représenté par les *hémosidéroses cutanées primitives*. Il comprend quatre types cliniques : 1° la maladie de Schamberg ; 2° la dermatite lichénoïde purpurique et pigmentée de Gougerot-Blum ; 3° le purpura annulaire télangiectode de Majocchi ; 4° l'hémosidérose rameuse et réticulaire progressive des vieillards. S. étudie ces différents types, discute pour chacun d'eux l'origine et le mécanisme de la pigmentation et rapporte quelques observations personnelles.

Un troisième groupe est celui des *hémosidéroses combinées*, dans lesquelles l'hémosidérose est associée à des pigmentations diverses ; ce groupe comprend deux types : 1° la dermatite purpurique et pigmentaire, qui s'observe chez les sujets atteints de varices, et est souvent associée aux ulcères ; 2° la sarcomatose de Kaposi.

Un quatrième groupe, enfin, est celui des *hémosidéroses accidentelles*. Telles sont celles que l'on observe : 1° dans l'eczématide psoriasiforme ; 2° dans la *cutis marmorata* réticulaire et pigmentaire due à la chaleur.

BELGODERE.

Sur les réactions de la peau à l'histamine, aux papules colorées, et à l'urée chez les malades atteints de lèpre, par POLICARO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 2, février 1934, p. 191. Bibliographie.

Sur une vingtaine de malades atteints de lèpre, de diverses formes cliniques, l'auteur a étudié leur comportement vis-à-vis de différentes substances, injectées par voie intradermique.

En premier lieu, après avoir rappelé les propriétés physio-pathologiques de l'histamine, il a rencontré avec cette substance, chez les sujets atteints de lèpre à type noueux une intradermo-réaction complète (présence d'érythème local réflexe et d'élément pomphoïde) ; chez

les sujets atteints de lèpre nerveuse, absence d'érythème réflexe. On a constaté également des éléments pomphoïdes plus étendus à l'avant-bras jusqu'au bras.

Dans des recherches conduites sur des malades soumis à des conditions expérimentales variées, on a observé, par l'action du froid, un érythème réflexe vif chez des malades atteints de lèpre mixte et un pomphus très étendu chez un sujet à forme à prédominance nerveuse. Sur des zones traitées préalablement par les rayons ultra-violets, la réaction pomphoïde a été faible et l'érythème réflexe a été masqué dans la plupart des cas par les faits d'hyperchromie qui s'étaient établis. L'anesthésie des territoires en expérience au moyen de la cocaïne n'a aucune influence sur la réaction à l'histamine.

Des recherches ainsi effectuées on peut tirer des déductions utiles au pronostic, puisque l'évolution de la lèpre est bien différente, selon qu'il s'agit de formes à type nodulaire ou à type nerveux, qui présentent des réactions à l'histamine différentes, et caractéristiques pour chacune de ces deux formes.

Une autre série de recherches a été exécutée en utilisant les réactions cutanées au moyen de l'intradermo-réaction avec des solutions colorées de trypan bleu : les résultats ont été identiques, même dans les zones anesthésiques à celles que l'on obtient sur les sujets normaux ; ce fait tend à démontrer que les réactions de cette catégorie sont surtout sous la dépendance de facteurs locaux.

Enfin, une troisième série de recherches a été pratiquée au moyen de solutions d'urée et, là encore, il semble bien que l'action de cette substance soit sous la dépendance de facteurs locaux et n'est pas influencée par des altérations lépreuses ou par des états pathologiques divers dans lesquelles est marquée la tendance à la production de bulles. P. a même utilisé cette action cytolytique de l'urée dans un but thérapeutique, avec des résultats satisfaisants ; après quelques injections, on a vu les nodules lépreux régresser plus ou moins complètement.

BELGODERE.

Un cas singulier de trichotillomanie, par MARIO FRAULINI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 2, février 1934, p. 231, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas assez curieux de trichotillomanie, chez un sujet de 43 ans, atteint de démence précoce. Ce malade avait la manie de s'arracher les cheveux sur une certaine zone, de manière à simuler une tonsure circulaire. Cette manie se manifestait particulièrement dans les périodes d'excitation cérébrale. Enfin, les cheveux arrachés repoussaient, mais repoussaient blancs sur toute l'étendue de la zone ainsi dépilée. L'examen histologique de la peau révélait, dans la couche basale, une quantité de chromatophores plus faible qu'à l'état normal ; de même, si certains poils avaient une quantité de pigment normale, d'autres en étaient dépourvus.

Mais cette décoloration des poils ne se manifestait que dans les périodes d'agitation ; dans les périodes de calme, non seulement la trichotillomanie s'atténuait, mais aussi la pigmentation des poils reparaissaït.

L'auteur discute l'interprétation pathogénique de ces faits et les explique par un trouble nerveux trophique de la région atteinte, en rapport avec la psychose. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Sur la valeur scientifique pratique de la séro-réaction de Sciarra, par UGO CAVALLOTTI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 2, février 1934, p. 74. Bibliographie.

L'auteur expose la technique de la réaction de Sciarra à l'alcool et l'interprétation qui en a été donnée par son inventeur. Il fait remarquer que Sciarra a fait subir à cette technique des variations assez nombreuses parmi lesquelles il ne semble pas avoir fait lui-même un choix bien définitif.

Il passe en revue les opinions des différents sérologistes qui ont expérimenté cette réaction, opinions qui, dans l'ensemble, sont plutôt défavorables.

C. a voulu entreprendre une série de recherches de contrôle. Elles ont porté sur 613 sérums appartenant à 513 sujets bien connus et bien étudiés, dont 366 syphilitiques à diverses étapes de la maladie et 147 sains, ou atteints d'affections non luétiques. Ces recherches lui permettent d'énoncer les conclusions suivantes :

1° La réaction de Sciarra avec les sérums inactivés n'a aucune valeur, parce qu'elle donne des résultats positifs, non seulement dans les cas de syphilis, mais aussi chez beaucoup de sujets atteints d'autres maladies ou complètement sains. Inversement, en outre, cette réaction se montre négative dans des cas de syphilis bien manifeste (syphilides cutanées, paralysie générale, etc...) dans lesquels, au contraire, la réaction de Wassermann est presque toujours fortement positive.

2° La réaction de Sciarra avec les sérums actifs (non chauffés) donne des résultats aspécifiques encore plus nombreux que ceux que l'on observe avec les sérums chauffés avec lesquels elle est souvent en contradiction criante ; elle aussi, pour cette raison, ne peut être d'aucune utilité.

3° On doit considérer les résultats positifs de la réaction de Sciarra comme devant être attribués à un simple phénomène d'instabilité des albumines et plus particulièrement des albumines du sérum, instabilité qui est, il est vrai, plus notable dans les sérums des syphilitiques, mais qui n'est pas constante, ni appartenant exclusivement à la syphilis. Il s'agit là d'un fait analogue à ce que l'on constate avec les réactions de précipitation de Sachs et Altmann, de Klausner, de Bruck, de Mac

Donalgh, de Porges et Meyer, de Gaté et Papacostas, etc..., qui aujourd'hui ne sont plus utilisées dans la pratique.

BELGODERE.

Cas peu commun d'hyalinose cutanée circonscrite, par FLARER. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 2, février 1934, p. 89.

Observation d'un homme de 65 ans qui était venu consulter pour une affection cutanée banale. Mais il présentait en outre une lésion de la peau singulière, dont il ne se plaignait pas d'ailleurs.

C'était, à la face externe de la partie moyenne des deux bras, deux zones atrophiques irrégulièrement pigmentées (hyper et hypopigmentation) au niveau desquelles la peau était amincie et non adhérente aux plans profonds. Ces zones étaient délimitées par un bord nettement saillant, en partie pigmenté, en partie érythémateux, mobile sur les plans sous-jacents et dont le caractère le plus typique était une dureté extrême, absolument ligneuse. Cette lésion bizarre d'aspect s'était développée à la suite d'injections sous-cutanées, pratiquées en ce point avec un médicament inconnu, 30 années auparavant. Depuis 20 ans, la lésion demeurait stationnaire, sans progression ni régression.

De plus, dans les creux axillaires, on constatait la présence de deux ou trois ganglions, légèrement augmentés de volume, durs, mobiles, sans trace de réaction inflammatoire.

F. discute et élimine le diagnostic de chéloïde avec laquelle cette lésion offrait quelques superficielles analogies d'aspect.

L'examen histologique d'une biopsie de la peau montrait, d'une part, la présence d'éléments infiltrativo-prolifératifs, à allure inflammatoire, d'autre part, des zones dépourvues d'éléments cellulaires, et formées de fibres, de fibrilles et d'amas d'une substance qui présentait des réactions tinctoriales très spéciales. A fort grossissement, on pouvait se rendre compte que les éléments cellulaires étaient tous d'origine locale et qu'on ne trouvait pas trace parmi eux d'éléments polynucléaires d'infiltration inflammatoire. Sur certains points, on constatait des processus régressifs qui aboutissaient à la formation de zones de tissu amorphe. Celles-ci, parfois, étaient entourées d'éléments nucléés qui donnaient lieu à des formations gigantesques plurinucléées, dont les caractères rappelaient ceux des cellules provoquées par des corps étrangers. Ces zones donnaient les réactions colorantes de la substance hyaline sur certains points, et sur d'autres celles de la substance colloïde.

Dans les ganglions, la lésion la plus typique consistait en la présence d'amas offrant eux aussi le caractère d'îlots d'hyalinose circonscrite.

Ces caractères rappelaient ceux des *oléomes* et des *paraffinomes* et, en général, ceux des lésions provoquées par l'introduction dans les tissus de substances grasses et surtout d'hydrocarbones.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'un cas d'hyalinose *infiltrative*; par dégénérescence du tissu conjonctif. Il fait remarquer l'amalgame inté-

ressant de dégénérescence hyaline et colloïde, qui semble bien indiquer qu'il n'y a là que les deux degrés d'un même processus.

Quant aux lésions ganglionnaires, il lui semble que l'on peut les expliquer par le transport dans les ganglions d'éléments cellulaires provenant de la lésion cutanée, comme cela se produit pour les substances colorantes introduites sous la peau. BELGODERE.

Cas classique de réinfection syphilitique présumable, par E. CIAMBELLOTTI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 2, février 1934, p. 100.

Après une vue générale sur les points névralgiques du problème de la réinfection et un rappel des conditions nécessaires pour l'homologation d'un diagnostic de réinfection, telles qu'elles ont été fixées par E. Fournier, l'auteur passe à l'exposé d'un cas personnel, pour lequel l'affirmation de réinfection lui semble légitime. Il s'agit d'un homme de 30 ans, atteint d'un accident primaire du frein, avec examen à l'ultrapositif, Bordet-Wassermann et Hecht négatifs, Meinicke légèrement positif. Il reçoit une première série de novarsénobenzol : 5 gr. 15 ; trois mois plus tard, une seconde : 4 gr. 80. Toutes les réactions sérologiques étant négatives, on suspend le traitement. Quinze mois après le début, ponction lombaire : les réactions de Bordet-Wassermann et Meinicke sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien, mais celles de Nonne et Weichbrodt sont positives ; elles deviennent du reste un peu plus tard négatives spontanément, sans aucun traitement. Une réactivation fut pratiquée et la réaction de Bordet-Wassermann demeura négative.

Trois ans plus tard, nouvelle ulcération de la muqueuse préputiale, avec induration, adénite satellite, nombreux tréponèmes dans cette ulcération, Bordet-Wassermann négatif, Meinicke et Kahn positifs partiels. Ces trois réactions deviennent un peu plus tard fortement positives et on voit apparaître la roséole.

C. discute le cas, en le confrontant avec toutes les conditions posées pour rendre l'homologation légitime. Bien qu'elles ne soient pas toutes remplies d'une manière absolue, il pense cependant s'être bien trouvé en présence d'un cas légitime de réinfection, faisant observer qu'il est bien rare et bien difficile de réaliser rigoureusement toutes les conditions désirables. (N. d. T. — Deux séries seulement d'arsénobenzol, trois ans seulement d'intervalle entre les deux chancres, cela pourra paraître à certains insuffisant pour pouvoir affirmer la réinfection.)

BELGODERE.

Molluscums contagieux et lutteurs, par GIONA NARDI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 2, février 1934, p. 110.

L'auteur, après avoir rappelé le travail de Cazazza (qui a été analysé précédemment ici) sur la diffusion de *molluscum contagiosum* chez un groupe de lutteurs, rapporte des cas de cette dermatose observés également chez des sujets qui se livraient à ce genre de sport.

Sur 12 athlètes appartenant tous à une société sportive, il a observé 5 sujets atteints de *molluscum contagiosum*, avec localisation exclusive aux régions qui sont le plus souvent et le plus facilement exposées à des contacts mutuels et qui supportent les froissements et les pressions auxquels sont continuellement sujets les individus qui pratiquent ce sport.

N'ayant pas observé les éléments de la dermatose dans d'autres sièges et particulièrement dans ceux où d'habitude on les rencontre plus volontiers, l'auteur ne croit pas que l'on puisse prendre en considération l'hypothèse, soutenue par quelques-uns, de la diffusion du virus inconnu par la voie interne, de même qu'il ne lui semble pas possible d'admettre, tout au moins pour les cas qu'il a observés, la diffusion à la suite de bains dans une piscine commune, ou par l'usage de linges en commun, etc... Il croit, au contraire, que la diffusion est advenue par contact et par contagion directe, consécutivement aux froissements et aux pressions auxquelles certaines parties du corps sont exposées pendant l'exercice de la lutte (membres supérieurs, épaules, dos, poitrine, cou, etc...). Il considère par suite parmi les causes qui peuvent être admises pour expliquer que tous les lutteurs examinés, bien qu'étant sujets aux mêmes contacts, n'ont pas présenté de *molluscum*, la possibilité que certains d'entre eux auraient échappé par hasard à l'inoculation de la maladie. BELGODERE.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Dermato-myosite et poïkilodermie, par INGRAM et STEWART. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 544, février 1934, p. 53, 9 fig.

Observation détaillée d'un cas complexe résultant de l'intrication de plusieurs syndromes : poïkilodermie type Civatte, myasthénie grave avec dégénérescence des fibres striées, hyperkératose des mains, leucoplasie, le tout précédé d'un syndrome de Raynaud.

De nombreux cas de poïkilodermie de Jacobi se compliquant de dystrophies musculaires et, d'autre part, des cas de dermato-myosite se compliquant fréquemment de lésions cutanées, les auteurs pensent que poïkilodermie et dermato-myosite sont expression du même désordre, vraisemblablement endocrinien et non infectieux ou toxique.

S. FERNET.

Le traitement du lupus érythémateux par la Sanocrysine (The treatment of lupus erythematosus with Sanocrysin), par FRANKLIN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 544, février 1934, p. 66.

Sur 31 cas de lupus érythémateux traités par la sanocrysine, F. a eu 64 o/o de guérisons, 13 o/o d'améliorations et 22 o/o d'échecs.

Les cas récents d'érythème centrifuge guérissent plus facilement que les cas anciens de lupus érythémateux fixe.

Parmi les 31 cas traités, F. signale de nombreuses complications : deux cas de généralisation aiguë du lupus, des stomatites, des adénites et des éruptions diverses dans 32 o/o des cas. S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

L'étiologie du granulome annulaire (Etiology of granuloma annulare), par MICHAEL. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, n° 2, février 1934, p. 189.

De l'étude de 8 cas de granulome annulaire, M. conclut que l'étiologie tuberculeuse n'est nullement certaine. Les recherches de bacilles dans les coupes ont toujours été négatives, les intradermo-réactions à la tuberculine ont été négatives dans 5 cas sur 8 et les antécédents personnels et familiaux des malades ne révélaient pas toujours l'existence de la tuberculose.

La même impression se dégage de la bibliographie; si dans un certain nombre des cas décrits la tuberculose apparaît comme probable, dans la majorité, elle ne peut guère être incriminée. Il faut donc admettre que le granulome annulaire relève quelquefois d'une étiologie tuberculeuse mais que, dans d'autres cas, il paraît être dû à un agent infectieux inconnu. S. FERNET.

The American Journal of Syphilis and Neurology.

Syphilis de l'hypophyse (Syphilis of the pituitary body), par DENNEDY et FISHER. *The American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. XVIII, n° 1, janvier 1934, p. 12.

Gommes miliaires de l'hypophyse constatées à l'autopsie d'une femme qui n'avait présenté aucun signe clinique révélateur de lésions hypophysaires. S. FERNET.

Guérison d'un cas d'anémie aplastique consécutive à des injections de sulfarsénol (Aplastic anemia following sulphars-phenamine with recovery), par STEPHENS. *The American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. XVIII, n° 1, janvier 1934, p. 24.

Parmi les syndromes hémorragiques post-arsénobenzoliques, l'anémie aplastique, consistant en une réduction de tous les éléments cellulaires du sang, est la plus grave et sa mortalité est estimée à 83 o/o des cas.

Dans le cas cité par S., le malade avait reçu 4 gr. 10 de sulpharsphénamine. Les 6 dernières injections avaient été suivies de réactions fébriles. Il présenta un syndrome hémorragique au cours duquel le nombre des globules rouges fut réduit à 1.300.000, l'hémoglobine à 25 o/o, les globules blancs à 2.250, les polynucléaires à 15 o/o. Il y avait absence complète de plaquettes; le temps de saignement était de 25 minutes, le temps de coagulation de 18 minutes.

La guérison de ce malade paraît devoir être attribuée à des transfu-

sions sanguines dont 9 de 500 centimètres cubes furent pratiquées en un mois. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

La virulence des ganglions inguinaux dans la syphilis humaine (Transference of inguinal glands in human syphilis), par LUNSFORD et DAY. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 6, 10 février 1934, p. 448.

La technique suivie était la suivante : le tissu ganglionnaire était émulsionné dans du sérum physiologique. Une goutte de l'émulsion était examinée à l'ultra-microscope et 0,5 cc. injecté à un lapin aussi rapidement que possible après l'ablation du ganglion. L'animal était sacrifié au bout de 6 à 10 semaines ; ses testicules étaient émulsionnés et l'émulsion examinée à l'ultra et inoculée à des lapins sains lorsque l'examen à l'ultra avait été négatif.

Afin de contrôler la méthode, les auteurs inoculèrent à des lapins des émulsions ganglionnaires provenant de 8 cas de syphilis primaire, présentant des tréponèmes dans les lésions initiales et dans les ganglions. Toutes ces inoculations furent positives.

Les inoculations furent toutes négatives dans 19 cas de syphilis en cours de traitement, traitées par des injections hebdomadaires de 0,60 gr. de novarsénobenzol.

Sur 38 cas de syphilis latente, traités antérieurement, mais n'ayant reçu aucun traitement depuis au moins deux mois, 12 inoculations furent positives (31,5 o/o). Ces 12 cas se décomposaient en 3 cas traités à la période du chancre, 3 au début de la période secondaire, 6 à la période secondaire tardive. Six de ces malades avaient reçu des traitements intensifs à la suite desquels le Bordet-Wassermann était devenu négatif. L'un avait reçu jusqu'à 300 injections diverses.

Trois observations sont particulièrement frappantes : 1° malade traité dès l'apparition du chancre : 128 injections de novar et 90 injections de sel mercuriel de 1923 à 1926. Bordet-Wassermann négatif à quatre reprises. Le malade est déclaré guéri. L'ablation d'un ganglion est pratiquée en 1933 ; l'émulsion contient des tréponèmes vivants. Une ponction lombaire pratiquée à ce moment donne un liquide normal ; 2° malade traité depuis 1926 pour une éruption secondaire ; reçoit 60 injections de novar et 42 d'un sel mercuriel en deux mois et demi. Le Bordet-Wassermann étant devenu négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, le malade est déclaré guéri cliniquement et sérologiquement. L'ablation d'un ganglion est pratiquée en 1929 ; l'inoculation au lapin est positive ; 3° malade traité depuis 1925 pour une syphilis secondaire ; reçoit en 18 mois 41 injections de novar et 33 d'Hg et de Bi. En fin 1926, le sang et le liquide céphalo-rachidien donnent

des réactions sérologiques négatives. Ablation d'un ganglion en 1932 ; inoculation positive.

Sur 29 cas de syphilis chronique, non traitée, les auteurs eurent 11 inoculations positives (38 o/o).

Dans 6 cas de paralysie générale, le liquide céphalo-rachidien fut injecté à des lapins ; toutes les inoculations furent négatives.

De ces constatations, les auteurs tirent les conclusions suivantes : le diagnostic de la syphilis primaire peut être établi dans 100 o/o des cas par la ponction ganglionnaire ; la comparaison entre les 31,5 o/o d'inoculations positives, obtenues chez des syphilitiques traités et les 38 o/o d'inoculations positives, obtenues chez des syphilitiques non traités, montre qu'un traitement insuffisant ne vaut guère plus qu'un traitement nul ; il faut réexaminer fréquemment les anciens syphilitiques, même ceux qui ont été déclarés guéris, puisque les tests cliniques et sérologiques de guérison s'avèrent insuffisants.

S. FERNET.

Medycyna (Varsovie).

L'influence du bismuth, du mercure et du néosalvarsan sur la coagulabilité sanguine chez les syphilitiques, par ORGANSKA. *Medycyna (Varsovie)*, n° 2, 21 janvier 1934, p. 60.

O. a étudié la coagulabilité sanguine chez 90 malades soumis à des traitements réguliers par le bismuth, le mercure ou l'arsenic.

415 examens ont été pratiqués chez 30 individus traités par le mercure ; aucune modification ne fut constatée dans les temps de saignement et de coagulation.

La majorité des malades traités par le bismuth présentaient un allongement du temps de coagulation sans augmentation du temps de saignement. Après 10 injections bismuthiques, le temps de coagulation était très augmenté chez beaucoup de malades ; dans 2 cas, il était de 40 minutes, dans 1 cas, de 1 heure, dans 1 cas de 1 h. 35 minutes.

Plus de 1.000 examens ont été pratiqués chez 30 malades recevant 0.30 de novar deux fois par semaine. A partir de la 7e injection, on notait une augmentation parallèle du temps de coagulation et du temps de saignement. A la fin du traitement, le temps de coagulation avait augmenté chez tous les malades (2 h. 15 minutes dans 1 cas).

Les arsenicaux sont donc seuls à donner un allongement du temps de saignement, expression d'une altération des parois vasculaires. L'augmentation du temps de coagulation, observée au cours des traitements par le Bi et par le As, doit être attribuée à des altérations sanguines.

S. FERNET.

Acta Dermatologica (Kyoto).

La lèpre et la constitution rachitique (Die Lepra und die rachitische Konstitution), par N. Ogasawara. *Acta dermatologica (Kyoto),* vol. XXII, fasc. 1-2, 1933, p. 51.

L'auteur a recherché chez 267 lépreux les signes constitutionnels (os, dents) du rachitisme, en les reliant aux antécédents héréditaires ou personnels. Les lésions rachitiques, graves ou légères, existent chez un grand nombre de lépreux, surtout du sexe masculin. De même, la lèpre frappe beaucoup plus les hommes que les femmes (4/1) ; chez l'individu sain, le rachitisme est également moins fréquent chez la femme. Il est vraisemblable que la femme résiste mieux à la lèpre, grâce à sa résistance au rachitisme. Il est donc nécessaire, pour supprimer la lèpre au Japon, d'améliorer la nutrition du peuple, en particulier des paysans, procédé plus utile et plus efficace que l'isolement des malades.

L. Chatellier.

Un cas de pellagre avec gangrène pulmonaire (Ein Fall von Pellagra mit Lungengangrän), par M. Kohns. *Acta Dermatologica (Kyoto),* vol. XXII, fasc. 1-2, 1933, p. 56, 1 fig.

Chez un enfant de 11 ans existe, depuis 3 mois environ, un érythème pellagreux des mains, des avant-bras, du visage et des pieds, associé à un syndrome béribéri et à des signes de gangrène pulmonaire droite. Le traitement par la vitamine B fait rapidement disparaître les lésions cutanées et les manifestations intestinales, sans modifier les lésions pulmonaires qui paraissent une complication fortuite.

L. Chatellier.

Un cas d'idiosyncrasie à la mangue (Ein Fall von Mangoidiosyncrasie), par K. Iseki. *Acta Dermatologica (Kyoto),* vol. XXII, fasc. 1-2, 1933, p. 58, 2 fig.

Une jeune femme de 25 ans présente, 10 à 20 heures après avoir mangé des mangues, une éruption urticarienne avec fièvre et légers troubles généraux. L'éruption, vésiculeuse et squameuse par endroits, siège à la face, sur la poitrine et aux extrémités.

L. Chatellier.

Sur un cas d'épithélioma chez un psoriaque vulgaire (Ueber einen Fall von Karzinom bei einem Psoriasis Vulgaris-Kranken), par K. Ishitani. *Acta Dermatologica (Kyoto),* vol. XXII, fasc. 1-2, 1933, p. 59, 2 fig.

Chez un homme de 61 ans, atteint de psoriasis généralisé depuis 15 ans, il existe une ulcération de la plante du pied droit. L'ulcération s'est développée, depuis 4 ans, sur une tumeur verruqueuse datant de 9 ans ; elle est profonde et atteint le périoste du calcanéum. Amputation ; guérison. Histologiquement : épithélioma pavimenteux. Aucun traitement arsenical ou par rayons X.

L. Chatellier.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

A propos du prurigo nodulaire de Hyde, par Gockowski. *Przeglad Dermatologiczny,* t. XXIX, n° 1, mars 1934, p. 136, 2 fig.

La nature du prurigo nodulaire de Hyde, décrit aussi sous les noms divers de *lichen obtusus* corné, d'*urticaria perstans verrucosa,* de névrodermite nodulaire, de lichénification circonscrite nodulaire chronique, est encore très discutée.

G. cite l'observation d'un homme de 66 ans qui présente simultanément des lésions de prurigo nodulaire de Hyde aux épaules et sur les membres et des lésions de lichénification géante aux aisselles et au scrotum.

Aucune parenté clinique ou histologique ne relie ces affections au lichen plan. Par contre, le prurigo nodulaire de Hyde et les lichénifications anormales sont étiologiquement et histologiquement identiques ; le prurigo nodulaire de Hyde est un foyer circonscrit de lichénification ; les lichénifications dites anormales ou géantes doivent leur aspect particulier à des conditions de localisation dans des régions où la peau est fine, glissante et soumise à des irritations diverses.

S. Fernet.

Recueil des Travaux de la Clinique Dermato-vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail, d'Odessa.

A propos de l'action des rayons ultra-violets du soleil de montagne artificiel sur la peau, par B. Kardassévitch, I. Oïwine et Trachtenberg. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa,* fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 137-143, avec 8 microphotographies (en ukrainien).

Les auteurs ont entrepris toute une série de recherches sur l'influence des rayons ultra-violets de la lampe de quartz sur la peau des lapins irradiés à distances et à durées variables. Ces recherches accompagnées de biopsies leur permettent de tirer les conclusions suivantes : L'irradiation de courte durée provoque des modifications dans l'épiderme qui s'hypertrophie et aussi des altérations réactives dans le derme. Ces altérations du derme, consistant en tuméfaction, hypérémie et infiltration s'observent d'une façon d'autant plus prononcée que l'intervalle entre les séances est plus long. Plus la distance est grande entre la peau et la source des rayons, plus l'hypertrophie de la couche cornée est prononcée. L'irradiation prolongée et à plusieurs reprises provoque un processus atrophique de l'épiderme et du derme. Les réactions les plus caractéristiques s'observent dans les séances durant 10 minutes, faites à une

distance de 30 centimètres et répétées toutes les 72 heures. On constate une augmentation intense des follicules pileux avec forte minceur de l'épiderme et presque la disparition de la couche cornée.

Sans vouloir appliquer entièrement ces conclusions à l'homme, les auteurs sont d'avis que ces données peuvent être utilisées en photothérapie et servir de base aux recherches scientifiques ultérieures.

BERMANN.

Essai de traitement du vitiligo par les rayons ultra-violets avec sensibilisation locale préalable, par I. A. MATOUSSIS et P. S. OUNIKEL. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 154-164 (en ukrainien).

Après une étude générale sur la clinique, la pathogénie et le diagnostic différentiel du vitiligo basée sur les données modernes relatives à la formation et à la localisation du pigment cutané, les auteurs rapportent leurs résultats personnels obtenus dans 49 cas de vitiligo traités depuis 1926 chez des malades d'âge et de sexe différents. La maladie dont la durée remontait de 2 mois à 15 ans était soignée par les rayons ultra-violets (dose érythémateuse) après avoir frictionné les éléments vitiligineux par des substances variées : hématoporphyrine (solution alcoolique à 1 p. 8.000), l'huile de bergamote, la térébenthine, l'huile d'eucalyptol, l'huile de lavande, la fluorescéine (solution alcoolique à 1 o/o). Les meilleurs résultats ont été obtenus par l'irradiation après sensibilisation par l'hématoporphyrine et l'huite de bergamote ; avec la fluorescéine et les autres substances les résultats étaient moins bons et trop lents. En général, les cas à longue durée sont moins bien influencés que les cas récents.

BERMANN.

Les modifications biochimiques du sang dans les affections prurigineuses de la peau, par T. P. CHESTÉRIKOWA, I. A. MATOUSSIS et G. A. TCHERKESS. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa*, fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 216-218 (en russe).

Les auteurs ont pratiqué des recherches sur la concentration du potassium, du calcium, du sucre, de l'azote résiduel, de la cholestérine et de l'acide urique dans 37 cas de dermatoses prurigineuses diverses (prurit cutané généralisé, 17 cas; furonculose, 5 cas ; eczéma chronique, 5 cas ; dysidrose, 9 cas). Leurs conclusions se ramènent à ceci : Les dermatoses prurigineuses s'accompagnent le plus souvent d'hypoglycémie ; l'hyperglycémie se rencontre moins souvent. L'acide urique en proportion élevée a été trouvé dans 2 cas. Dans plus de 50 o/o des cas, on a constaté une hypocholestérinémie. Les cas où l'azote résiduel était en quantité élevée ont été plus nombreux que ceux à quantité abaissée. Dans plus de 60 o/o des cas le rapport potassium-calcium était troublé. Le coefficient de $\frac{R}{Ca}$ était le plus fréquemment élevé, mais cette élévation n'était

toutefois pas si prononcée qu'on puisse parler de la prédominance du tonus du système parasympathique sur le système sympathique.

BERMANN.

Les modifications biochimiques du sang dans les affections prurigineuses de la peau, par N. Z. IOUKHNÉVITCH, I. A. MATOUSSIS, I. A. OÏWINE et TRACHTENBERG. *Recueil des travaux de la Clinique Dermato-Vénéréologique et de l'Institut d'Etat d'Hygiène et de Pathologie du Travail d'Odessa,* fasc. 1, Dermatologie et Vénéréologie, 1933, pp. 219-235 (en russe).

Les auteurs ont entrepris toute une série de recherches biochimiques sur le sang de 101 malades atteints de maladies cutanées prurigineuses, dont 30 cas d'eczéma chronique, 8 cas d'eczéma aigu, 38 cas de prurit, 10 cas d'urticaire, 7 cas de lichen ruber plan, 9 cas de névrodermite et 7 cas de prurigo).

Se basant sur ces recherches, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : dans les affections cutanées prurigineuses on observe une concentration élevée de l'acide urique dans le sang ; en outre, on constate des troubles du coefficient $\frac{\text{potassium}}{\text{calcium}}$, mais ce phénomène ne revêt pas de caractère si constant qu'on se permette de parler du trouble du vague ou du sympathique ; il y a une dystonie se traduisant par la prédominance soit du nerf vague, soit du système sympathique. Les troubles de la concentration du sucre sont rares, mais les troubles du métabolisme hydrocarboné ont lieu quand même, ce qui se confirme par les succès d'une diète sans hydrates de carbone dans une série des cas. Il faut d'ailleurs pratiquer des recherches sur la courbe glycémique par l'introduction du sucre dans l'organisme.

Les modifications biochimiques constatées dans le sang ne sont naturellement pas la seule et unique cause des dermatoses prurigineuses, mais elles contribuent cependant à éclaircir l'étiologie des affections et à instituer un régime adéquat aux malades.

BERMANN.

Sovietsky Vestnik Vénérologii (Moscou).

Sur les particularités de la propagation de la syphilis à la campagne, par F. K. MAMISSOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 6, juin 1933, pp. 358-361.

L'auteur publie une observation intéressante illustrant la syphilis asexuelle, sa transmission, son évolution et ses conséquences. L'enquête et les examens cliniques entrepris en vue de dépister la syphilis dans les familles en question ont permis d'établir l'histoire suivante :

Une paysanne de 60 ans atteinte de syphilis congénitale (fausses couches, morts-nés, reliquat de syphilis cutanée tertiaire) a deux fils vivants, mais présentant des stigmates d'hérédo-syphilis cutanée et périostique, dont l'aîné, âgé de 30 ans, infecte par la voie génitale sa femme qui a accouché d'une fillette présentant des accidents buc-

caux et anaux secondaires. Cette fillette est morte à 10 ans. Avant sa naissance, la mère avait eu deux fausses couches. Durant sa vie, la petite fille hérédo-syphilitique active a transmis la syphilis à une paysanne qui l'a hébergée chez elle après un incendie et l'a nourrie au sein. Il en est résulté un chancre du sein, puis des accidents génitaux. Cette femme infectée a rendu malade son mari qui présentait un chancre de la verge et des accidents cutanés secondaires sur la peau, tandis que sa fille et son fils cadet étaient porteurs de syphilis secondaire récidivante et le fils aîné, comme son père, d'une syphilis primo-secondaire récente.

A noter la transmission tardive de la syphilis au mari de la femme qui a eu un chancre du mamelon. Ce délai a été de presque une année, les accidents génitaux n'étant apparus chez la femme qu'au bout de 10 mois.

L'auteur conclut au danger de l'alimentation au sein des enfants étrangers et de l'ignorance des modes de propagation de la syphilis, ce qui permit une véritable épidémie de syphilis, possible surtout à la campagne. BERMANN.

Contribution à la streptotrichose de la peau, par M. D. OUTENKOFF, G. KH. KHATCHATOURIAN, G. O. SOUTÉÉFF et E. S GALITZKAÏA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 367-377, avec une photographie et 2 microphotographies.

Après une revue générale de la question, les auteurs rapportent trois cas personnels de streptotrichose cutanée chez une paysanne de 64 ans, une ouvrière de 27 ans et une employée de 36 ans. Les localisations respectives étaient : le dos de la main droite, dans le premier cas, et les creux axillaires dans les deux derniers cas. Le processus revêtait un aspect papillomateux et ulcéré. Les ulcérations étaient à bords décollés, infiltrés, festonnés et la lésion même était purulente. L'affection fut naturellement confondue avec des lésions tuberculeuses, syphilitiques et mycosiques, car la streptotrichose cutanée est encore rare et peu connue. Les frottis du pus n'éclairent pas le diagnostic, car le champignon est variable et revêt successivement des formes coccoïde et bacillaire. L'ensemencement sur le milieu de Sabouraud permet sa culture et son identification, mais difficilement. Cette variabilité des formes et des stades du champignon contribue à les faire prendre pour des microbes indépendants qu'ils simulent. Or, les mutants bacillaires et cocciques du streptothrix possèdent des propriétés biologiques différentes de la culture originelle, ce qui permet toutefois de les reconnaître. L'inoculation du streptothrix aux animaux provoque chez eux une bactériémie, une phagocytose et une poïkilocytose. BERMANN.

Contribution à l'étude de la microsporie des adultes, par R. S. BRAOUDÉ et P. E. MASSLOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 377-380.

Vu la rareté de la microsporie profonde chez l'adulte, le cas personnellement observé par les auteurs mérite d'être rapporté.

Il s'agit d'un ouvrier du textile âgé de 34 ans, marié, ayant une femme et un enfant indemnes de dermatomycoses et dans la famille duquel on ne trouve pas trace de syphilis ou de tuberculose.

Depuis 2 mois et demi il présente, dans la région de la paupière supérieure gauche et de la racine du nez, une tumeur saillante rouge livide, des dimensions de 10 centimètres sur 15, ferme, légèrement fluctuante, couverte de croûtes et de folliculites. Au-dessous des croûtes, la surface est suintante, granuleuse ; les orifices folliculaires laissent s'écouler un peu de pus. Les poils s'arrachent facilement, leurs racines sont œdématiées et infiltrées. Le malade éprouve de la faiblesse générale, des céphalées, parfois de la fièvre. Adénopathies pré-auriculaire, sous-maxillaire et cervicale. Le traitement par des compresses et des pommades de cette affection qualifiée d'eczéma a échoué. L'examen microscopique des poils en vue de trouver des champignons a été négatif à plusieurs reprises, mais la culture sur le milieu de Sabouraud a montré la présence du *Microsporon lanosum* typique.

Les injections d'extraits des divers champignons ont prouvé une immunisation cutanée particulière, une allergie montrant une hypersensibilité de la peau se traduisant non seulement par des phénomènes locaux, mais aussi focaux et même généraux. La sensibilité était non seulement spécifique, mais existait aussi pour l'extrait de *Trichophyton gypseum*. Cette particularité s'explique par la parenté des dermatomycètes appartenant au groupe des hyménomycètes et confirme l'expérience de Bruno Bloch qui a démontré que les animaux qui ont supporté une infection par des champignons quelconques résistent dans la suite à l'infection répétée par ces mêmes champignons ou même par d'autres.

Le traitement par des extraits mycosiques a été très efficace : 4 injections de microsporine ont suffi pour guérir le malade qui a reçu des doses de 0 gr. 2 à 0 gr. 8 faites tous les 3-4 jours.

Bermann.

L'épreuve de l'hypersensibilité cutanée aux substances chimiques par la méthode des gouttes, par N. S. Werdroff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 380-386.

L'auteur propose une méthode simple, claire et accessible à tous, permettant de déterminer l'hypersensibilité de la peau aux substances chimiques. Cette méthode n'exige aucun matériel de pansement, exclut l'influence traumatisante de l'emplâtre et du bandage, fournit des résultats nets susceptibles d'être exprimés en chiffres et par conséquent dépourvus de subjectivisme, bref, c'est une méthode pratique permettant de traduire la dynamique de la sensibilité de la peau aux agents chimiques. Elle consiste à appliquer sur la peau du dos ou de la poitrine une goutte de la solution alcoolique des diverses substances diluées aux concentrations de 1 p. 100, 1 p. 1.000, 1 p. 10.000, 1 p. 100.000 et de 1 p. 1.000.000. Ces gouttes étaient appliquées à une distance de 5 à 10 centimètres l'une de l'autre et n'étaient recouvertes de rien,

l'alcool s'évaporait rapidement et les substances étudiées agissaient seules sur la peau. Pour écarter l'action de l'alcool, on mettait également une goutte de ce liquide à côté des autres gouttes, afin d'avoir un contrôle. Le poids de la goutte d'alcool absolu étant de 0 gr. 016, on peut calculer le poids des substances étudiées qui était infinitésimal. L'auteur a étudié l'hypersensibilité de la peau envers le dinitrochlorbenzol, le chlorhydrate de paranitrosodiméthylaniline, l'ammonal, l'oursol, le paraamidophénol, la térébenthine, la formaline, la novocaïne, les sels de nickel, bismuth, cobalt, les divers colorants, etc. La réaction était visible déjà au bout de 2 heures, mais atteignait son maximum au bout de 24 heures ; elle variait du simple érythème à la papule et à la vésicule, mais sans jamais s'accompagner de phénomènes généraux. La durée de la réaction est habituellement de 2-3 jours, mais parfois de 7 à 15 jours, rarement davantage.

L'auteur rapporte les résultats de ses recherches avec les différentes substances énumérées et conclut que sa méthode mérite l'attention des dermatologistes, car les tests qu'elle emploie permettent d'admettre ou non tel ouvrier à un travail chimique réputé irritant et causant des dermatoses professionnelles. BERMANN.

Les rhagades professionnelles chez les laveuses de vaisselle, par E. D. ZAÏTZEFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, no 6, juin 1933, pp. 386-388.

L'auteur rapporte 5 cas d'affection professionnelle chez des laveuses de vaisselle d'un de ces immenses restaurants ouvriers qu'on appelle en Russie actuelle fabrique-cuisine. La dermatose est localisée principalement aux paumes des mains et aux faces palmaires de tous les doigts et consiste en rhagades plus ou moins nombreuses et profondes, rectilignes, longues de 2 à 10 centimètres, s'entrecoupant sous des angles divers et ne laissant presque pas de surface lisse normale. Ces rhagades exagèrent les plis normaux de la peau qui prend un aspect bizarre, œdémateux, macéré, opaque. Les bords des rhagades sont taillés à pic et dentelés. La plupart des rhagades n'intéressent que la couche cornée, mais il y en a qui traversent toute la peau et sont douloureuses. Le dos de la main et des doigts est macéré, mais sans rhagades.

L'affection décrite est due à l'action de l'eau chaude qui macère et rend fragiles les téguments. A titre prophylactique, l'auteur propose de mécaniser le lavage de la vaisselle et de munir les laveuses de vêtements et de gants hermétiques. En cas d'apparition des rhagades, la peau doit être graissée à la vaseline et laissée au repos, en donnant temporairement un autre travail à la malade. L'onction quotidienne des mains est d'ailleurs suffisante dans la plupart des cas pour prévenir les raghades, tandis que leur guérison est possible avec la pommade diachylée de Hebra. BERMANN.

Observations de dermatite bulleuse due à l'angélique officinale, par I. I. Bogdanovitch, W. W. Adamoff et G. E. Mirline. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 389-392.

La question de la dermatite provoquée par l'angélique officinale n'est pas encore étudiée, c'est pourquoi les observations des auteurs — deux médecins et un botaniste — méritent un grand intérêt scientifique.

Les cas des auteurs concernent 9 soldats rouges, 1 pêcheur et 3 enfants qui présentaient tous une affection cutanée analogue. L'éruption apparaissait au bout de 2-3 jours après un bain et une insolation et revêtait l'aspect de taches rose-rouge circonscrites ayant la forme ronde, ovale ou linéaire; à part ces taches, il y avait des éléments papuleux surélevés et bulleux, à bulles de volume variable et à contenu séreux clair. La dermatose était localisée aux endroits qui étaient en contact avec le sol et sa végétation. Les malades ont pris des bains dans la rivière et à la sortie de l'eau se sont couchés et ont pris des bains de soleil. En cas de position couchée sur le ventre, l'éruption était localisée à la poitrine, aux faces d'extension des membres inférieurs et à l'abdomen. En cas de position couchée sur le dos, elle siégeait au dos, aux fesses et aux faces de flexion des jambes. Le pêcheur présentait aussi une localisation au poignet droit. Un enfant avait aussi une localisation des bulles et une tuméfaction aux lèvres. L'interrogatoire a montré qu'il a fait une flûte avec une plante et a joué avec. La durée de la dermatose est courte. Au bout de 4-5 jours, les bulles éclatent, à leur place restent une desquamation et une pigmentation surtout prononcée aux lieux des bulles. La guérison a toujours été obtenue par l'ouverture des bulles et l'onction à la vaseline boriquée, sans aucune complication.

Les auteurs ont établi, par l'examen des plantes riveraines, que la dermatose est produite par le contact de la peau avec l'angélique officinale qui a pris une forte extension sur le bord de la rivière. Le lieu des bains a été changé et les dermatoses ont disparu depuis lors. La friction avec les tiges et les feuilles de la plante chez divers malades atteints de dermatoses variées et chez quelques infirmiers sains a démontré que la dermatose due à l'angélique officinale n'apparaît que chez des sujets présentant une hypersensibilité envers cette plante.

Bermann.

Contribution à l'illustration des formes « atypiques » de la syphilis cutanée (Roséole psoriasiforme pigmentaire pseudoatrophique), par I. Z. Talaloff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 393-397, avec une photographie et 2 microphotographies

Après avoir rappelé les difficultés du diagnostic de la syphilis cutanée, l'auteur rapporte deux cas personnels fort intéressants, illustrant des raretés non encore décrites.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une journalière de 23 ans, présentant une syphilide tuberculeuse récidivante du tronc et des extrémités,

papuleuse, ano-génitale et une aménorrhée remontant à deux mois. Or, à côté de ces accidents cutanés, on trouvait des taches dont la forme et la disposition rappelaient une roséole récidivante, surtout les éléments jeunes ; les éléments plus âgés étaient colorés d'une manière plus intense en jaune-brun à brun foncé avec de légères squames à la surface ; un grand nombre de ces éléments étaient déprimés, à image effacée et ridée rappelant des taches atrophiques. Bordet-Wassermann positif. Le traitement spécifique mixte guérit la syphilide cutanée, les plaques muqueuses ano-génitales et l'aménorrhée.

Dans le second cas, une ouvrière de 40 ans présentant une syphilis secondaire récente sous forme de papules érosives génitales et une roséole typique avec Bordet-Wassermann positif, montrait en plus une éruption fort curieuse du tronc et des extrémités. Elle consistait en taches de volume et de forme variés, à contours flous et à couleur allant du rose pâle au brun foncé ; les éléments roses disparaissent à la pression, mais les taches pigmentées persistaient ; elles étaient surmontées de petites squames et beaucoup d'entre elles étaient déprimées et vidées, comme atrophiées. Guérison des accidents après une cure spécifique mixte.

L'étude histo-pathologique des éléments de la roséole insolite prouva un amincissement de l'épiderme au-dessus des papilles, ce qui amenait un effacement de l'image cutanée ; la destruction et la raréfaction du tissu élastique dans les couches superficielles du derme aboutissaient à un ratatinement et à la dépression, à l'atrophie. Or, il s'agissait seulement d'une pseudo-atrophie puisque le traitement spécifique finit par rétablir l'image normale de la peau. La couche basale et épineuse renfermait une grande quantité de pigments. L'acanthose des espaces interpapillaires, les nombreuses mitoses des cellules des couches basales et épineuses et la parakératose sont caractéristiques du psoriasis, ce qui justifie le terme proposé par l'auteur pour cette variété de syphilis cutanée rare. BERMANN.

Contribution au diagnostic histopathologique différentiel de la gomme et du tuberculome, par M. K. DAL. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 397-402.

Le granulome, syphilitique ou tuberculeux, se présente fréquemment sous des aspects histo-pathologiques difficiles à différencier, surtout en cas de biopsies cutanées où les microbes sont presque introuvables. La gomme typique avec sa fonte centrale récente est facile à reconnaître, mais au fur et à mesure de ses modifications secondaires ultérieures, elle perd ses signes caractéristiques. Il faut noter que la recherche des faisceaux élastiques qui ont une signification décisive dépend des méthodes employées qu'on doit varier. Les cellules plasmatiques caractérisant la gomme syphilitique ne se rencontrent que dans des gommes récentes, puis elles se nécrosent. Les cellules épithélioïdes caractérisant le tuberculome ne se voient que dans les processus récents

et non chroniques. Les altérations des vaisseaux, c'est-à-dire l'endo-méso et péri-artérite n'ont pas de valeur pathognomonique pour la syphilis, car on les voit aussi dans la tuberculose.

Les recherches de l'auteur portant sur 8 gommes et 9 tuberculomes montrent que les cellules géantes sont plus petites dans les gommes, plus ovales et étirées que dans les tuberculomes, mais leur structure intime ne présente rien qui puisse les différencier dans l'un ou l'autre processus morbide. Or, si l'on considère le tissu des granulations séparant la fonte caséeuse, on constate que la nécrose est plus nette dans les tuberculomes, qui présentent aussi des cellules écumeuses plus fréquentes ici que dans les gommes.

Dans les cas présentant une zone de granulations qui ont perdu leur spécificité, il faut prendre en considération la structure générale du tissu et ses parties composantes qui sont plus nettes dans la syphilis. La structure réticulaire parle plus en faveur de l'étiologie tuberculeuse, et alors on ne doit pas omettre la coloration au Ziehl pour découvrir les bacilles de la tuberculose.

Le diagnostic doit être corroboré par l'ensemble des données cliniques, sérologiques et expérimentales, car l'histo-pathologie est encore incapable de la résoudre seule. BERMANN.

La syphilis tardive avec « chancre mou » dans l'anamnèse, par L. W. CHTAMOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, no 6, juin 1933, pp. 403-407.

L'auteur s'arrête sur les difficultés de diagnostic du chancre mou simple et mixte et sur les erreurs fréquentes qui en résultent, erreurs dont on s'aperçoit malheureusement trop tard. Son étude porte sur 8.129 observations de malades atteints principalement de névroses fonctionnelles traités à l'Institut Physio-thérapeutique de Tomsk de 1922 à 1932.

L'anamnèse a montré que 102 sujets (1,25 o/o) avaient eu un « chancre mou ». Ces 102 cas se répartissent ainsi : neuro-syphilis, 15 cas (14,7 o/o) ; tabo-paralysie, 1 cas (0,9 o/o) ; tabès dorsalis, 2 cas (1,8 o/o) ; méningo-myélite, 1 cas (0,9 o/o) ; myélite chronique, 1 cas (0,9 o/o) ; aortite, 9 cas (8,8 o/o) ; artério-sclérose, 9 cas (8,8 o/o) ; achylie gastrique, 8 cas (7,8 o/o) ; sciatique, 2 cas (1,9 o/o) ; myodégénérescence cardiaque, 2 cas (1,9 o/o) ; polyarthrite rhumatismale, 2 cas (1,9 o/o) ; anémie, 1 cas (0,9 o/o) ; psychasthénie, 7 cas (6,9 o/o) ; hystéro-neurasthénie, 5 cas (5 o/o) et neurasthénie, 37 cas (37 o/o).

Parmi les 102 cas comportant dans le passé un « chancre mou », on en trouve 31 où le chancre dur est indubitable et qui ont été mal diagnostiqués, même par des médecins qualifiés, faute d'examens approfondis et prolongés. On oublie surtout la méthode de la confrontation qui rend des services précieux et immenses, quoiqu'elle ne soit pas toujours possible. BERMANN.

Deux cas d'affection gommeuse de la verge, par H. J. Khessine. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 407-409.

Les deux cas personnels de l'auteur se rapportent à un arpenteur de 34 ans et à un économiste de 38 ans.

Dans le premier cas, le malade a eu à 22 ans une blennorragie uréthrale non compliquée qui a guéri en un mois. En même temps, le malade a eu une ulcération pénienne qui s'est cicatrisée en 2 semaines après application de pommades. A 29 ans, le malade a présenté une épididymite droite qui a guéri en 3 semaines après des compresses et des pommades. A 33 ans, après un coït extra-conjugal, le malade remarque un écoulement uréthral qu'il fait soigner irrégulièrement par des lavages et des béniqués durant 7 mois. Le médecin traitant constate alors une tuméfaction à la partie droite de la verge qui augmente, puis s'ouvre en laissant du pus s'écouler par une fistule. Bientôt apparaît une tumeur identique à la partie gauche de la verge qui progresse toujours. A la clinique, on constate une adénopathie généralisée, des taches leucoplasiques au niveau du dos et des réflexes oculaires paresseux. Bordet-Wassermann positif. La tumeur de la partie gauche de l'urèthre est indolore, ferme ; une deuxième tumeur siège près de la première, toutes les deux se trouvent dans les corps caverneux. L'urèthre est rétréci, la fistule laisse passer l'urine, la muqueuse uréthrale est infiltrée. Le traitement spécifique mixte guérit le malade.

Dans le deuxième cas, le malade a eu une uréthrite blennorragique à 20 et 25 ans, sans complications. Il y a 3 ans et demi, après un coup reçu aux bourses, le testicule gauche augmente, s'endolorit, puis se fistulise. Actuellement, le testicule est gros, indolore, les bourses renferment une induration adhérente à l'épididyme gauche. Orchidectomie, suites d'opération normales. On a conclu à un processus tuberculeux. Au bout de 2 semaines, le malade se présente avec 2 tumeurs disposées dans l'épaisseur des corps caverneux et grosses comme une cerise. Bordet-Wassermann positif. Guérison par traitement mixte.

L'auteur conclut à la difficulté de diagnostic des gommes péniennes. Ces gommes peuvent provenir de l'urèthre et des parties voisines. Le traumatisme (cathétérisme dans le premier cas, coup et opération dans le second) joue un grand rôle dans la pathogénie de ces gommes. En cas de doute, il faut instituer un traitement d'épreuve.

Bermann.

Deux cas d'affection gommeuse du poumon droit, par L. P. Kosakovsky. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 410-411.

Ces deux cas personnels de gommes pulmonaires sont les suivants :

I. — Un employé de chemins de fer âgé de 47 ans, niant la syphilis, marié à trois reprises et dont les femmes n'ont jamais été enceintes, se plaint de douleurs à la poitrine, de toux, d'expectoration, de faiblesse générale, de sueurs nocturnes, d'hyperthermie et l'hémoptysie. A l'examen, on trouve un cœur modifié et une aortite et une atteinte lobaire

gommeuse droite. Réaction de Bordet-Wassermann très positive. Le traitement spécifique rétablit le malade.

II. — Un comptable de 51 ans se plaint de toux, d'expectoration, d'hémoptysie, de faiblesse et d'insomnie. A l'âge de 29 ans, il a eu la syphilis soignée par une seule cure spécifique. A l'âge de 43 ans, il a eu une crise de démence avec réaction de Bordet-Wassermann positive. La malariathérapie a guéri le malade et a négativé la réaction de Bordet-Wassermann. Durant les 2 ans consécutifs à cette psychose, le Bordet-Wassermann est resté négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. A l'examen, on constate une aortite et une lésion gommeuse du poumon droit. Bordet-Wassermann très positif. Vu le refus du malade de se faire traiter par le néo et le mercure, on lui donne de l'iodure de potassium qui le guérit.

L'auteur conclut que ni la clinique, ni les rayons X n'ont fourni de données pathognomoniques permettant d'établir dans le premier cas la gomme du lobe supérieur du poumon droit, ni dans le second cas, la gomme du lobe moyen du poumon droit et que le diagnostic de la syphilis tertiaire du poumon est très ardu. BERMANN.

Une méthode de séroréaction de la syphilis applicable à la campagne, par P. S. GRIGORIEFF et M. M. RAPOPORT. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 413-417.

A la suite d'expériences faites au cours des deux dernières années, les auteurs sont arrivés à trouver une méthode de séro-réaction de la syphilis qui se distingue par sa simplicité, sa commodité, sa rapidité et sa possibilité d'exécution dans les conditions les plus rudimentaires. Les principes de cette réaction sont les suivants : la possibilité d'utiliser le complément du sérum examiné rend superflue l'utilisation des cobayes. L'absence de centrifugeur empêchant le lavage des érythrocytes du mouton a conduit à l'emploi du sang de mouton total, d'autant plus que son sérum ne renferme que très peu de complément surtout chez des animaux ayant plus de 1 an et demi. Pour inactiver le sang de mouton, les auteurs se servent du sulfate de zinc ; pour augmenter la résistance des érythrocytes du mouton, ils se servent de formaline. Après de longues recherches, les auteurs ont adopté le « fixateur » suivant : sulfate de zinc, 0 gr. 50 ; formaline, 1 gramme ; chlorure de sodium, 3 gr. 60 et eau distillée (ou bouillie), 400 grammes.

La réaction positive se caractérise par une sédimentation complète des globules rouges. La réaction négative consiste en hémolyse totale. La réaction se fait à la température de la chambre (20-22° C.). La réaction se fait en 45 minutes et les résultats se conservent durant 5-6 jours.

Après une description détaillée de la technique de leur réaction, les auteurs rapportent les résultats des examens de 3.869 sérums syphilitiques. En comparaison avec la réaction de Bordet-Wassermann, la réaction étudiée a concordé dans 94,5 à 98,6 o/o. Dans la syphilis primaire et congénitale non traitée, la réaction proposée s'est montrée plus

sensible que celle de Bordet-Wassermann. A titre de contrôle, les auteurs ont pratiqué 584 réactions chez des malades cutanés indemnes de syphilis. La réaction qu'ils décrivent, ainsi que celle de Bordet-Wassermann, n'a pas fourni une seule réponse positive non spécifique. Tout en avouant que le mécanisme de la réaction simplifiée reste encore inconnu, les auteurs reconnaissent la haute valeur de cette réaction et la préconisent aux médecins de campagne.

BERMANN.

Les résultats de l'examen clinique de la préparation bismuthique russe : le « Bismovérol », par N. S. SMÉLOFF, O. I. RATNÈRE et M. M. PLOTKINA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 6, juin 1933, pp. 417-426.

Le bismovérol est un sel bismuthique de l'acide monobismuthotartrique en émulsion à 7,5 o/o dans l'huile végétale pure. Cette préparation contient 67 o/o de bismuth-métal ; 1 centimètre cube de l'émulsion contient 0 gr. 05 de Bi-métal.

Les auteurs ont traité par le bismovérol 167 syphilitiques, dont 66 hommes, 66 femmes et 5 enfants. Les malades jusqu'à 50 ans présentaient tous les stades de la syphilis. Le traitement consistait en administration simultanée de bismovérol et de novosalvarsan. Les injections de bismovérol se faisaient tous les 2 jours à la dose de 1 centimètre cube, en tout, de 15 à 20 injections, dans la plupart des cas.

Les chancres indurés se cicatrisent en 10-14 jours en moyenne ; la roséole disparaît, le plus souvent, en moins de 10 jours ; les papules hypertrophiques secondaires guérissent en 2-3 semaines ; la syphilide papuleuse lenticulaire récente disparaît en 2 semaines, récidivante en 2-3 semaines ; la syphilide tuberculeuse demande 3-4 semaines pour disparaître et la syphilis gommeuse 3-5 semaines.

La réaction de Bordet-Wassermann était négative à la fin du traitement de 60 o/o des chancres durs séro-positifs et de 19,6 o/o des accidents secondaires ; elle n'a pas changé à la fin du traitement des cas de syphilis tertiaire. Les accidents du traitement consistaient en irritation rénale observée dans 25 o/o des cas à la fin de la cure, le plus souvent ; le liseré bismuthique a été noté dans 52 o/o des cas ; les douleurs au lieu d'injection ont été observées dans 18 o/o et les infiltrations dans 14 o/o.

En somme, les auteurs concluent que le bismovérol est un produit des plus actifs et des mieux supportés à condition de donner au malade un repos d'une semaine au milieu de la cure. BERMANN.

Recherches expérimentales sur l'action spécifique de l'allergène mycosique chez des cobayes infectés par diverses espèces de dermatomycètes, par J. A. MÉRÜNE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 6, juin 1933, pp. 426-432.

Se basant sur ses recherches expérimentales, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : ce ne sont pas tous les cobayes infectés de *Micro-*

sporon d'origine animale, d'*Achorion* de Quincke, de *Trichophyton gypseum* qui donnent une réaction allergique positive avec l'allergène mycosique ; la réaction dépend de l'espèce des champignons, des particularités individuelles de l'organisme et de l'allergène employé. Les cobayes présentant une affection superficielle obtenue par l'infection par une souche de *Microsporon* d'origine animale provenant de microsporie profonde montraient une réaction positive plus intense et plus fréquente que les cobayes infectés par une souche ordinaire de ce champignon. L'allergène mycosique se compose de deux parties : spécifique et non spécifique ; la partie spécifique dépend de l'espèce du champignon qui a servi à sa préparation et du mode de préparation ; l'allergène composé de champignon d'origine animale et préparé d'après Bloch, se montre plus sensible. La méthode du titrage préalable de l'allergène mycosique sur le cobaye sain permet de diminuer considérablement la partie non spécifique et rend la réaction plus nette et plus claire ; mais avec le titrage préalable de l'allergène, il faut aussi, pour le contrôle, injecter du bouillon de même composition que celui employé pour la culture et à une dilution correspondante. La réaction allergique se voit non seulement près du foyer malade, mais aussi du côté sain, quoiqu'un peu plus faible. L'intensité de la réaction allergique ne correspond pas toujours à l'intensité de l'affection en cause, ce qui s'explique vraisemblablement par les particularités individuelles de l'animal inoculé. Au point de vue de sa spécificité, l'allergène mycosique le cède à la tuberculine car il ne produit pas de réaction focale. Mais l'absence de la réaction chez des animaux sains et sa présence chez des animaux malades la rendent suffisamment convenable pour le diagnostic. La méthode de détermination de l'allergie cutanée par l'injection de l'allergène mycosique est plus sensible que celle de la réinoculation. BERMANN.

La rhinite syphilitique chez les lapins, par P. G. BOUATCHIDZÉ. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1933, pp. 432-436.

L'auteur a fait des recherches systématiques sur les sécrétions nasales et des frottis de la muqueuse nasale chez 100 lapins se trouvant aux divers stades de la syphilis. Parmi les 25 lapins atteints de syphilis primaire, 19 présentaient un chancre dur du scrotum et 6 du bord de la paupière inférieure. La durée de l'infection était de 2 à 5 mois. L'examen ultra-microscopique n'a pas décelé de spirochètes pâles chez des lapins à chancre scrotal et en a montré chez 3 sur les 6 atteints de chancre palpébral et présentant une rhinite séreuse légère.

Sur les 9 lapins présentant des accidents secondaires récents et dont la durée de l'infection remontait à 4-8 mois, les spirochètes pâles étaient constatés dans 4 cas porteurs d'une rhinite séreuse ou séro-purulente.

Parmi les 24 lapins présentant une kératite parenchymateuse et infectés depuis 1 à 17 mois, les spirochètes pâles ont été révélés dans

6 cas, tandis que presque la moitié des lapins avaient une rhinite légère ou moyenne.

Dans les 42 cas de syphilis latente des lapins dont la durée d'infection variait de 3 mois à 2 ans, les spirochètes pâles n'ont pas été constatés du tout. Or, dans un tiers de ces cas, il y avait une rhinite séro-purulente, mais de caractère bactérien et d'infection spontanée.

L'auteur conclut que la rhinite syphilitique ne s'observe que dans des cas de syphilis active et qu'en absence d'autres accidents manifestes, la rhinite syphilitique isolée n'a pas lieu. La rhinite résulte donc de la dissémination générale ou régionale des spirochètes dans l'organisme. Elle disparaît en même temps que les autres manifestations après une courte durée, tandis que la rhinite non spécifique due au bacille lépiseptique, au bacille bronchoseptique, au bacille de l'influenza, au staphylocoque, etc., dure des mois et même des années et revêt un caractère plus grave.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Une nouvelle Syphilis nerveuse ; ses formes cliniquement inapparentes, par Paul Ravaut, membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1 vol. grand in-8 de 200 p. avec trois planches en couleurs. Prix : 45 fr. Masson, éditeur, Paris, 1934.

Sous ce terme, l'auteur comprend les atteintes syphilitiques du système nerveux qu'aucun signe clinique ne permet de soupçonner et dont l'existence a été démontrée par la pratique de la ponction lombaire et par l'étude du liquide céphalo-rachidien. Cette syphilis nerveuse comprend deux formes cliniques. La première, qu'on peut appeler *préclinique*, précède d'un temps plus ou moins long le tableau classique du tabès, de la paralysie générale ou, d'une façon générale, de tous les syndromes dus aux lésions du système nerveux central de nature syphilitique. La seconde forme ne peut être nommée préclinique, puisqu'elle peut guérir, spontanément ou thérapeutiquement et son existence n'aurait jamais été soupçonnée sans l'examen du liquide céphalo-rachidien.

On peut critiquer, et je me permets de le faire, le terme de « cliniquement inapparentes » appliqué à ces formes latentes. Il risque, en effet, de créer une confusion avec le terme de « maladie inapparente » créé par Ch. Nicolle pour désigner une entité morbide toute différente, me semble-t-il. D'ailleurs, P. R. propose également les termes de formes « latentes, occultes, invisibles ». On pourrait ajouter « asymptomatiques ». Adoptons *latentes*, car il faut toujours préférer un terme français, quand on le peut, à un néologisme.

Les formes latentes de la syphilis nerveuse sont l'œuvre de P. R. C'est un titre qui le met au rang des grands syphiligraphes français. Son nom est désormais assuré de rester dans le chapitre « Historique » des *Traités* de syphiligraphie, à la suite de ceux de Ricord, Bassereau, Rollet, Diday, Fournier, Roux, pour ne citer que les auteurs français et disparus. Avant 1900, on ne connaissait absolument rien de ces formes latentes. En 1900, commence, avec le cyto-diagnostic, créé par Widal et Ravaut, la dernière étape des recherches sur la syphilis nerveuse. La première, qu'on peut appeler *anatomique*, commence vers 1858, avec les études de Wirchow et de ses élèves et de Lancereaux. Elles montraient déjà, sur des documents anatomo-pathologiques, la prédilection de la syphilis pour le système nerveux. La seconde étape, clinique, est marquée par les observations de Fournier dont le génie, à travers les plus illustres oppositions, rattache le tabès et la paralysie générale à la syphilis.

Il n'est pas besoin d'insister pour montrer l'importance des formes

latentes, curables ou précliniques, de la syphilis nerveuse. Depuis que Widal, Ravaut et Sicard publièrent leur premier mémoire sur l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, d'innombrables travaux ont paru. P. R. n'a cessé de continuer ses recherches. La découverte du tréponème, la création de la réaction de Bordet-Wassermann, l'analyse physico-chimique du liquide spinal ont apporté des moyens d'investigation nouveaux qui ont confirmé la conception des premiers auteurs. Un livre d'ensemble s'imposait donc. Il faut remercier P. R. de nous le donner. Il ne s'agit pas ici d'une simple étude du liquide spinal, d'ailleurs fort complète, mais de l'exposé d'une conception nosologique datant d'un tiers de siècle et, chose à noter, ayant résisté à l'épreuve du temps. P. R. était un tout jeune médecin en 1900. Blanchi, mais non vieilli, il peut voir aujourd'hui, avec un juste orgueil, ses recherches confirmées de toutes parts et son nom attaché aux formes latentes de la syphilis nerveuse. Clément Simon.

La Syphilis expérimentale. Etude critique et nouvelles recherches, par P. Gastinel, Prof. agrégé et R. Pulvenis, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8, 245 p. avec nombreuses fig. Masson et Cie édit. Paris. Prix : 45 fr.

L'étude de la syphilis expérimentale a été inaugurée en France vers 1837 par Ricord, à la vérité assez mal puisqu'il n'était guère arrivé qu'à des conclusions erronées. Il n'inoculait d'ailleurs que le malade lui-même. Mais après que William Wallace eût eu l'audace d'inoculer un sujet sain, son exemple fut suivi en France par les expérimentateurs dont les noms ne sont pas oubliés : Rollet, Guyenot, Gibert, Belhomme, Diday, Auzias-Turenne, Mireur. Puis vint l'expérimentation chez l'animal, au début maladroite avec Auzias-Turenne chez le chat, avec Legros chez le cobaye, puis plus scientifique avec Martineau et Hamonic, Massé, Fournier et Barthélémy et surtout avec Maurice et Charles Nicolle et enfin avec Metchnikoff et Roux, qui prirent le singe comme animal d'expérience. Avec ces deux derniers auteurs, dont les résultats cliniques reçurent les premiers la consécration bactériologique, commence vraiment la période rigoureuse de l'histoire de la syphilis expérimentale. De nombreux travaux paraissent dans toutes les parties du monde. Les expérimentateurs se multiplient à l'étranger. En France, au contraire, ils deviennent plus rares. Les Facultés de Médecine ne produisent rien, les hôpitaux quelques rares expériences (Thibierge et Ravaut, Queyrat et Marcel Pinard, Milian et Roussel). Seul l'Institut Pasteur se montre à la hauteur des recherches étrangères avec Levaditi et ses élèves. Aussi faut-il saluer avec joie l'entrée dans ce domaine, jusqu'ici trop fermé, de P. Gastinel. Professeur agrégé de bactériologie, il est aussi un clinicien remarquable et, en particulier, un bon syphiligraphe ayant étudié la spécialité comme interne, puis assistant de Thibierge. Il ne lui manque donc pas ce qui manque souvent soit aux

hommes de laboratoire qui ignorent la clinique, soit aux cliniciens qui n'ont aucune idée du laboratoire.

Le livre qu'il publie avec son élève Pulvenis doit donc être pris en considération. Bien qu'il l'intitule modestement « Monographie », il contient tout ce que l'on doit savoir à l'heure actuelle de la syphilis expérimentale. On y trouve non seulement l'historique et l'exposé des recherches faites par les divers auteurs, mais aussi de celles qui ont été réalisées par Gastinel et Pulvenis eux-mêmes (dont les noms sont déjà connus par des communications aux sociétés savantes ou des mémoires parus dans les revues) de tous ceux qui s'intéressent à ces questions difficiles, complexes, mais pleines d'intérêt non seulement pour la pathologie générale, mais pour la syphiligraphie humaine. En particulier, les questions d'immunité ont été spécialement étudiées, ainsi que la syphilis inapparente.

L'ouvrage comprend dix chapitres :

I. Aperçu sur les étapes de la syphilis expérimentale chez l'homme et les animaux. — II. La syphilis expérimentale du singe. — III. La syphilis expérimentale du lapin. — IV. La syphilis expérimentale des autres animaux. — V. Les voies de généralisation. Infectiosité des lésions et des différents organes. — VI. La syphilis expérimentale et les facteurs modifiant son évolution. — VII. La syphilis inapparente expérimentale. — VIII. L'immunité dans la syphilis expérimentale. — IX. Nature de l'immunité syphilitique. — X. La réaction de Meinicke dans la syphilis expérimentale du lapin.

On le voit, il n'existe encore, en France, aucun livre, depuis celui déjà fort ancien de Levaditi et Roché, remplissant un pareil programme. Étant donné la qualité des auteurs, son succès est assuré auprès des expérimentateurs, des syphiligraphes et même de tous les médecins qui s'intéressent à la pathologie générale.

CLÉMENT SIMON.

Tuberculose cutanée et Tuberculides, par JOSEPH NICOLAS, Prof. de clinique des maladies cutanées et vénériennes à la Faculté de Médecine de Lyon et JEAN GATÉ, Prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, Médecins de l'Antiquaille, avec 74 fig. dans le texte. O. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1934. Prix : 80 fr.

L'Introduction du livre que viennent de faire paraître les deux représentants officiels de la Dermatologie lyonnaise peut être qualifiée, sans aucune exagération, de petit chef-d'œuvre, petit quant à l'étendue seulement. Dans ces cinq pages, sont résumées l'évolution de nos idées sur les rapports de la tuberculose de la peau et les tuberculides. Il est impossible d'être à la fois plus clair et plus complet : ce sera le sentiment, j'en suis sûr, de tous ceux qui s'y sont essayés.

Le corps du livre ne déçoit pas cette première impression. Les auteurs ne sont pas seulement des professeurs érudits et entraînés à l'enseignement. Ils ont aussi contribué à l'étude clinique et expérimentale de

la tuberculose de la peau. Personne n'a oublié leurs recherches sur la signification étiologique du tubercule, recherches qui ont été le point de départ du détrônement de la cellule géante, en tant que témoin de l'unique infection tuberculeuse.

Dans cet ouvrage, les auteurs restent fidèles à la conception encore classique et, après avoir étudié dans des *Préliminaires*, le bacille de Koch, ils traitent dans une *Première Partie*, les généralités concernant la tuberculose cutanée et les tuberculides (historique, étiologie et pathogénie, anatomie pathologique générale).

Les *Parties suivantes* sont consacrées à l'Étude anatomo-clinique des différentes formes des tuberculoses cutanées et des tuberculides. A la suite de ces dernières, sont envisagés un certain nombre de types dermatologiques, mal classés en fait, dont l'origine tuberculeuse a été invoquée sans être bien démontrée. Les *dernières Parties* comprennent l'étude : l'une, du pronostic ; une autre, du diagnostic général et la dernière du traitement des différentes manifestations de la tuberculose au niveau de la peau.

Ouvrage complet, très didactique auquel on ne trouverait à faire qu'un reproche : l'insuffisance des figures, surtout cliniques. La mode est maintenant à la belle et profuse illustration. Les auteurs s'y sont certes conformés, mais sans excès et si certains chapitres, comme celui du lupus, ne laissent rien à désirer, on regrette qu'il n'y ait pas une seule figure clinique, par exemple, du *lichen scrofulosorum* ni des sarcoïdes. Ce sera pour la deuxième édition. CLÉMENT SIMON.

Le Traitement de la Syphilis rénale, par A. SÉZARY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. Un volume grand in-8 (16×24) de 54 pages : 8 fr. (Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles », publiées sous la direction du professeur F. Rathery). J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Quel médecin ne s'est-il pas senti embarrassé devant un malade syphilitique atteint de lésions rénales ? D'abord, comment assigner une étiologie précise aux lésions rénales ? Ensuite, comment traiter le malade ? A la fois syphiligraphe et « pathologiste », S. montre clairement, dans cette mince mais précieuse brochure, la façon d'arriver au diagnostic des diverses formes de la syphilis rénale. Il étudie ensuite les traitements qu'avec prudence il convient de mettre en œuvre. En praticien averti, il met en garde les jeunes médecins qui pourraient croire qu'on guérit sûrement la syphilis rénale, une fois que le diagnostic en est posé. Ils trouveront en tous cas les meilleures méthodes à employer dans chaque cas donné. CLÉMENT SIMON.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA PRÉSENCE DE RÉAGINES ANTI-CERVEAU DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX ET DES TABÉTIQUES

Par R. DEMANCHE.

L'autonomie des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis a été reconnue, il y a longtemps déjà. Dès 1908, MM. Levaditi, Ravaut et Yamanouchi avaient montré que la réaction de Wassermann du liquide est indépendante de celle du sérum sanguin. Depuis lors, M. Ravaut s'est efforcé dans ses différents travaux et notamment dans la thèse de son élève Bocage (1924) de démontrer l'origine locale des réagines du liquide céphalo-rachidien. Nous-même, en 1931, avons apporté à cette thèse un nouvel argument en fournissant la preuve que dans certains cas ces réagines ne pouvaient pas venir du sang.

Les notions récemment acquises sur le pouvoir antigénique des lipoïdes et sur la spécificité des lipoïdes cérébraux ont projeté sur cette question si importante au point de vue de la pathogénie et aussi du diagnostic de la neuro-syphilis, une lumière nouvelle et ont permis de l'étudier avec plus de précision. Nous avons déjà exposé (1) comment Landsteiner et Simms avaient démontré que les lipoïdes retirés des organes par extraction alcoolique ont non seulement la propriété de réagir *in vitro* avec les anticorps correspondants, mais qu'ils ont aussi le pouvoir de provoquer *in vivo*, à condition d'être injectés en combinaison avec une albumine hétérogène, la formation d'anticorps ; ils constituent donc des antigènes complets. Appliquant ce principe de l' « immunisation combinée » à l'étude des extraits myocardiques qui servent d'antigènes, dans la réaction

(1) R. Demanche. *La Presse Médicale*, 18 juillet 1931.

de Wassermann, Sachs et ses élèves ont préparé des immunsérums qui réagissent *in vitro* avec ces mêmes antigènes exactement comme le sérum des syphilitiques, soit par la fixation du complément, soit par la floculation. En France, Césari et nous-même avons vérifié le fait. Il y a donc tout lieu de penser que le sérum des syphilitiques contient lui aussi des substances antilipoïdes capables de se combiner avec les lipoïdes myocardiques par une réaction d'antigène à anticorps.

Mais la plupart de ces lipoïdes organiques sont très peu différenciés et n'ont pas de spécificité. Ce sont des lipoïdes « ubiquitaires » ; leurs propriétés antigéniques sont banales et ne dépendent que de leur nature commune lipoïdique. Si, dans la réaction de Wassermann, on emploie de préférence les extraits myocardiques, c'est seulement à cause de leur pouvoir fixateur élevé, et on peut leur substituer d'autres extraits.

Au contraire, les lipoïdes du cerveau (et ce sont avec ceux du cristallin les seuls qui jouissent de ce privilège) sont doués d'une spécificité propre, spécificité qui est liée à la seule constitution histochimique du tissu nerveux quel que soit l'animal dont provienne l'organe. Sachs et Witebsky, Klopstock et Weil ont préparé par la méthode de l'immunisation combinée des sérums anticerveau qui réagissent électivement sur les extraits de cerveau. Une particularité remarquable de ces immunsérums est qu'ils peuvent être obtenus même au moyen de cerveaux d'animaux appartenant à la même espèce que l'animal injecté et qu'ils réagissent sur tous les extraits de cerveau quelle que soit leur origine ; ils peuvent donc se comporter comme des auto-anticorps. Il faut noter, en outre, qu'ils réagissent non seulement sur les extraits alcooliques, mais aussi sur les suspensions aqueuses de cerveau, ce qui prouve la particulière disponibilité des lipoïdes cérébraux et leur sensibilité à l'égard des anticorps.

Or, si l'infection syphilitique généralisée fait apparaître dans le sérum des malades et dans leurs humeurs des anticorps banaux, réagissant avec les lipoïdes ubiquitaires, n'y a-t-il pas lieu de penser que sa localisation sur un organe hautement différencié comme le cerveau ou la moelle pourra donner naissance à des anticorps spécifiques réagissant avec les lipoïdes cérébraux et que ces anticorps se trouveront de préférence dans le liquide céphalo-rachidien ?

Si de tels anticorps existent c'est au moyen des extraits de cerveau qu'on pourra les déceler. On voit tout l'intérêt qu'il y a pour l'étude de la syphilis nerveuse à utiliser ces extraits comme antigènes à côté des extraits myocardiques, dans les réactions de fixation du complément.

C'est à Steinfeld que revient le mérite d'avoir inauguré ces recherches en 1926. Elles ont été continuées en Allemagne par Georgi et Fischer, par Marchionini, par Foerster. Nous en poursuivons de semblables depuis 1932, époque à laquelle nous avons publié nos premiers résultats.

*
* *

Nous avons à l'heure actuelle pratiqué comparativement avec un extrait de cerveau et avec un extrait de cœur environ 1.000 réactions de fixation, soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le sérum des malades les plus variés.

Notre antigène myocardique était un extrait alcoolique au 1/10e de poudre de cœur épuisée par l'éther, extrait additionné ensuite de 0,3 0/0 de cholestérine ; c'est l'antigène classique de la réaction de Wassermann. L'antigène cérébral était un extrait au 1/5e d'écorce grise de cerveau humain traitée à l'état de pulpe fraîche, sans épuisement préalable, afin de conserver la totalité des lipoïdes cérébraux. Leur extrait sec à tous deux était de 10 gr. 50 par litre. Leur teneur en cholestérine était de 3 gr. 52 par litre pour l'extrait de cerveau et de 4 gr. 16 pour l'extrait de cœur ; l'addition de cholestérine avait donc largement compensé pour ce dernier la richesse naturelle du tissu nerveux en cholestérine.

Nous nous sommes assuré que ces antigènes n'avaient ni l'un ni l'autre aucun pouvoir anticomplémentaire et qu'un même titrage du complément était valable pour tous deux. Nous avons suivi pour les réactions notre technique personnelle du Wassermann (1) avec deux tubes-témoins et un seul tube de réaction, les doses employées étant 0 cc. 05 de sérum ou 0 cc. 5 de liquide céphalo-rachidien, 0,3 d'antigène au 1/50e, 0,3 de complément au 1/15e et 0,6 de globules rouges au 1/20e sensibilisés suivant titrage.

(1) R. Demanche. *La Presse Médicale*, 10 janvier 1934.

Pour l'étude des résultats nous avons classé nos malades dans les catégories suivantes : 1° Paralysie générale ; 2° Tabès, formant avec la précédente le groupe des affections parasyphilitiques de Fournier ; 3° Syphilis cérébro-spinale proprement dite, comprenant les diverses formes de méningo-encéphalites secondaire ou tertiaire ; 4° Affections non syphilitiques du système nerveux central ; 5° Syphilis généralisée aux différentes périodes, sans lésions nerveuses caractérisées.

I. — Dans la PARALYSIE GÉNÉRALE, sur les 235 *liquides* que nous avons examinés, 179, soit plus des trois quarts, ont donné avec l'extrait de cerveau une réaction positive comme avec l'extrait de cœur ; et 56, une réaction négative. Or, en dépouillant les observations, on constate que les malades du premier groupe n'avaient pas encore été traités ou n'avaient reçu qu'un commencement de traitement et que les deux tiers d'entre eux avaient une réaction au benjoin colloïdal fortement positive, avec floculation dans les 9 ou 10 premiers tubes. Les malades du second groupe au contraire avaient été, à l'exception de 8, soumis à un traitement intensif par impaludation ou injections arsenicales ; quelques-uns avaient été suffisamment améliorés pour reprendre leurs occupations ; d'autres au contraire étaient depuis longtemps fixés dans un état démentiel chronique. Leurs réactions biologiques étaient fortement atténuées ; le liquide de deux d'entre eux ne réagissait pas plus avec l'antigène myocardique qu'avec l'antigène cérébral, 33, c'est-à-dire plus de la moitié, avaient un benjoin négatif ou subpositif. On peut donc affirmer que, dans la paralysie générale, en dehors des périodes de rémission et réserve faite de l'influence du traitement, le liquide céphalo-rachidien réagit presque constamment avec les lipoïdes cérébraux.

Le *sérum sanguin* au contraire ne réagit qu'exceptionnellement. Parmi les malades de notre premier groupe, nous n'avons obtenu que 10 réactions positives et 3 partielles contre 136 négatives. Parmi ceux du second groupe nous n'en avons pas obtenu une seule. Enfin le sérum de 38 autres paralytiques généraux dont le liquide n'a pu être examiné, n'en a donné que 2, alors que la réaction à l'extrait de cœur était constamment positive. Au total le sérum des paralytiques généraux n'a fourni que 5 o/o de réactions

positives avec le cerveau contre 93 o/o avec le cœur. Et cependant ces sérums possédaient un haut degré de réactivité vis-à-vis des antigènes myocardiques ; nombre d'entre eux dépassaient le degré 50 de l'échelle de Vernes, certains atteignaient 96 et 101.

	L C.-R.						Sérum					
	Ext. de cerveau			Extr. de cœur			Ext. de cerveau			Extr. de cœur		
	+	±	—	+	±	—	+	±	—	+	±	—
P. G. en activité . .	174	5		179			10	3	137	154		2
P. G. en rémission .			56	54		2			53	40	4	11
P. G. sérum seul . .							[illegible]		36	38		
Totaux	174	5	56	233		[illegible]	12	3	226	232	4	13
Résultats positifs o/o.	75 o/o			99 o/o			5 o/o			93 o/o		

Chez 52 de ces malades nous avons pu pratiquer en outre des examens en série qui nous ont permis de suivre pendant une longue période, jusqu'à deux ans, l'évolution des réactions du liquide céphalo-rachidien et d'étudier en particulier l'influence du traitement. Pour la moitié d'entre eux environ la réaction au cerveau est restée constamment positive de même que la réaction au cœur : le benjoin colloïdal a été moins résistant et s'est notablement atténué 10 fois sur 25. Chez les autres la réaction au cerveau a fini par devenir négative au bout d'un temps variable, mais jamais inférieur à 6 mois, et cette persistance de la réaction à des examens répétés chez un même malade confirme sa valeur ; le benjoin a suivi en général une courbe parallèle, il ne s'est maintenu positif que 4 fois ; quant à la réaction au cerveau, elle s'est montrée beaucoup plus résistante et n'est devenue négative qu'une seule fois. En ce qui concerne l'évolution clinique, nous ne pouvons que confirmer son indépendance à l'égard des réactions sérologiques ; plusieurs malades suffisamment améliorés pour reprendre leurs occupations conservaient une réactivité positive de leur liquide à l'extrait de cerveau, mais chez les autres la disparition de cette réactivité coïncidait presque toujours avec une période de rémission.

Les observations suivantes fourniront un exemple des différents types de courbes sérologiques :

	Sérum		L. C.-R.		Benjoin
	Cerveau	Cœur	Cerveau	Cœur	
Pourf... P. G. traitée sans résultat					
Août 1932	—	+++	+++	+++	2222.2222.2200
Novembre 1932 .	—	+++	+++	+++	1222.0222.2100
6 mai 1933	—	+++	+++	+++	0111.0222.2100
5 décembre 1933 . .	—	+++	+++	+++	2222.2222.2200
Rob... P. G. traitée par Stovarsol, très bon résultat					
8 juin 1932	—	+++	+++	+++	1112.1222.2100
Septembre 1932 . .	—	+++	+++	+++	1222.0022.2000
21 avril 1933	—	+++	+++	+++	0000.0022.1100
16 janvier 1934 . . .	—	+++	+++	+++	1111.0222.1000
Abham... P. G. traitée par Stovarsol, bon résultat					
2 octobre 1932 . . .	—	+++	++	+++	1222.1222.2000
Décembre 1932 . .	—	+++	++	+++	1111.0022.2220
29 avril 1933	—	++	+	++	0000.0122.2210
5 octobre 1933 . . .	—	++	—	++	0000.0022.1100
Cuz... P. G. traitée résultat nul, dément					
25 mai 1932	—	+++	+++	+++	2222.2222.2200
Août 1932	—	+++	++	+++	1222.2222.2210
2 avril 1933	—	+++	—	+++	2222.2222.2100
Peuff.... P. G. traitée sans résultat, dément					
8 juin 1931	—	++	+++	+++	0222.0222.2220
4 mai 1932	—	++	±	+++	1111.0122.2210
15 novembre 1932 . .	—	++	±	+++	1110.0122.2200
12 mai 1933	—	±	—	++	0010.0222.2200
19 novembre 1933 . .	—	+	—	+++	0010.0222.2200

II. — Dans le Tabès les antigènes cérébraux donnent sensiblement les mêmes résultats que chez les paralytiques généraux : réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien, négatives dans le sérum. Sur un total de 36 malades, réunis sans distinction de formes cliniques et dont plusieurs avaient un tabès fixé, nous avons obtenu 22 résultats positifs (soit 61 o/o) dans les liquides ; nous n'en avons pas obtenu un seul dans les sérums, bien que le Wassermann-cœur y fut constamment positif et que le Vernes y ait atteint 90 et même 104.

	Extrait de cerveau		Extrait de cœur	
	+	—	+	—
L. C.-R.	22	14	36	
Sérum		22	22	

III. — Au contraire dans la Syphilis cérébro-spinale proprement dite, c'est-à-dire dans les diverses formes de la syphilis nerveuse aux stades antérieurs à celui de la parasyphilis, dans les méningo-encéphalo-myélites tertiaires ou secondaires, nous n'avons jamais trouvé de réactions positives avec l'extrait de cerveau pas plus dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sérum, même dans les formes les plus aiguës. Nous n'avons pu en observer, il est vrai, qu'un petit nombre de cas : 7 méningo-encéphalites, 1 névrite optique, 1 paralysie faciale, 1 paralysie pseudo-bulbaire. Mais certains sont particulièrement caractéristiques, témoin les deux observations suivantes provenant du service de M. le professeur Achard.

Mme L... — Syphilis ancienne insuffisamment traitée. Méningo-vascularite avec hémiplégie. Amélioration rapide par le Novar. L'examen du L. C.-R. a donné :

	B. W. cerveau	B. W. cœur	Lymphocytose
30 mai 1933 . . .	—	+++	140
8 juin 1933 . . .	—	+++	17

Legr... — Syphilis en 1918 irrégulièrement traitée. Syndrome pseudo-bulbaire sans symptôme de P. G. Examen du L. C.-R.

	B. W. cerveau	B. W. cœur	Benjoin colloïdal
17 nov. 1933. . .	—	+++	2222.2222.2200

IV. — Quant aux AFFECTIONS NON SYPHILITIQUES DU SYSTÈME NERVEUX, il importait de vérifier que les extraits de cerveau n'y donnent pas, avec le liquide céphalo-rachidien, de réactions non spécifiques. Nous avons examiné 130 liquides provenant de sujets atteints des affections les plus variées : hémorragie et ramollissement cérébral, tumeurs cérébrales, paralysies d'origine centrale, tumeurs cérébrales, hémorragie méningée, méningites aiguës et tuberculeuses, cancer vertébral, sclérose en plaques, encéphalites et myélites, épilepsie, psychoses. Tous sont restés négatifs comme ils l'étaient avec l'extrait de cœur.

V. — Pour compléter ces recherches de contrôle, nous avons examiné enfin des SÉRUMS, prélevés aux différentes périodes de la syphilis, chez des malades indemnes de lésions du système nerveux, tous sérums naturellement positifs au Wassermann-cœur.

Dans la syphilis latente, ignorée ou traitée, et dans la syphilis tertiaire, 2 seulement sur 118 ont réagi avec l'extrait de cerveau et cependant c'étaient des sérums fortement positifs donnant au Vernes jusqu'à 50 et 96 ; dans plusieurs cas même, il s'agissait de Wassermann irréductibles.

Par contre, nous avons noté jusqu'à 55 o/o de réactions positives dans la syphilis secondaire et 25 o/o dans la syphilis primaire. Nous examinerons plus loin comment on peut les expliquer.

	Extrait de cerveau		Extrait de cœur	
	+	—	+	—
Syphilis primaire . . .	17	49	66	
» secondaire	22	18	40	
» tertiaire	0	26	29	
» latente	2	90	92	

Malgré ces quelques résultats paradoxaux nous constatons, et c'est en cela que peuvent se résumer toutes nos recherches, que la proportion de réactions positives donnée par l'antigène cerveau a été :

1° *Pour le sérum :*

12 o/o sur la totalité des syphilitiques à toutes périodes.

5 o/o chez les paralytiques généraux.
o o/o chez les tabétiques.

2° *Pour le liquide céphalo-rachidien :*

75 o/o chez les paralytiques généraux (et jusqu'à 92 o/o, en dehors des périodes de rémission).

61 o/o chez les tabétiques.

o o/o dans la syphilis cérébro-spinale et dans les affections non syphilitiques du système nerveux.

Il apparaît donc clairement que le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques possède une propriété particulière et qui lui appartient presque exclusivement, celle de réagir *in vitro* avec les extraits de cerveau. Cette réactivité fait défaut dans tous les autres liquides et d'une manière générale dans le sérum sanguin. Par là le groupe de la parasyphilis s'oppose aux autres formes de la syphilis nerveuse ; et plus généralement, le liquide céphalo-rachidien au sérum.

*
* *

Les travaux déjà publiés à l'étranger aboutissent aux mêmes conclusions que les nôtres.

Steinfeld, au 38e Congrès de médecine interne à Wiesbaden, en 1926, a montré le premier que le liquide des paralytiques généraux et des tabétiques pouvait donner des réactions de fixation positives en présence des extraits de cerveau, tandis que le sérum des mêmes malades n'en donnait presque jamais, non plus que les sérums prélevés chez les syphilitiques aux différentes périodes de la maladie. Il examina ainsi 33 liquides avec les sérums correspondants et 55 sérums divers. Il obtint les résultats suivants :

	Extrait de cerveau			Extrait de cœur		
	+	±	—	+	±	—
P. G. et tabes — L. C.-R.	24	3	6	33	0	0
P. G. et tabes — Sérums	0	2	31	31	0	0
Sérums syph. divers	5	0	50	55	2	0

Les quelques sérums qui avaient donné une réaction positive étaient des sérums particulièrement actifs qui réagissaient intensément avec l'extrait myocardique et qui réagissaient même avec la lécithine seule. L'antigène utilisé par Steinfeld était un extrait alcoolique au 1/15e de pulpe de cerveau humain ou de cerveau de bœuf, préparé sans épuisement préalable et très légèrement cholestériné (0,08 0/0).

Georgi et Fischer (1929-1928), en se servant au contraire d'un extrait de pulpe cérébrale épuisée d'abord par l'acétone et par l'éther et fortement cholestériné, confirmèrent ces résultats en ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, mais ils obtinrent aussi une assez forte proportion de réactions positives dans le sérum et ils en conclurent que le sang lui aussi pouvait contenir des réagines anticerveau.

Witebsky, en 1929, a repris l'étude expérimentale des antigènes cérébraux. Il a montré que l'addition aux antigènes d'une petite quantité de cholestérine et la pratique de la fixation à 0°, au lieu de + 37°, augmentaient notablement leur sensibilité vis-à-vis des réagines du liquide céphalo-rachidien.

Mais c'est Marchionini qui a fait en 1931 et 1932 l'étude la plus méthodique des propriétés réactionnelles du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Cherchant à différencier, grâce à ces propriétés, les diverses formes de la syphilis nerveuse et en particulier à distinguer les affections parasyphilitiques de la syphilis cérébro-spinale, il a constaté que les réactions colloïdales, or colloïdal ou gomme mastic, ne donnaient pas toujours des courbes suffisamment caractéristiques. Il eut recours aux réactions de fixation du complément pratiquées avec les extraits de cerveau. Il se servit de l'antigène de Steinfeld et examina 128 liquides, tous également positifs au Wassermann ordinaire, mais prélevés les uns, chez des paralytiques généraux et des tabétiques, les autres, chez des sujets atteints de méningo-encéphalite, de syphilis latente ou héréditaire.

		Extrait de cerveau		Extrait de cœur	
		+	—	+	—
A	Paralysie générale	49	7	56	0
	Tabes	34	2	36	0
B	Syphilis cérébro-spinale	0	13	13	0
	Syphilis latente	1	30	31	0
	Syphilis héréditaire	0	2	2	0

Le contraste entre les 2 groupes est frappant, aucun des 45 liquides du second groupe (B) n'a fourni de réactions positives avec l'extrait de cerveau ; la presque totalité des liquides du premier groupe (A) au contraire a réagi positivement, il faut remarquer en effet que parmi les 9 (sur 92) qui ne l'ont pas fait, 6 provenaient de malades intensément traités ou en période de rémission ; seuls deux paralytiques généraux et un tabétique étaient en poussée évolutive. Notons en passant la similitude complète de ces résultats avec les nôtres ; comme nous, Marchionini a constaté l'influence du traitement sur la réaction ; cette influence mise à part, il n'a eu dans la paralysie générale que 1 cas négatif sur 24 ; nous en trouvions 1 sur 22. Il n'hésite pas à conclure que la réaction de fixation avec l'extrait de cerveau permet mieux que les réactions colloïdales de diagnostiquer la parasyphilis.

Foerster enfin vient tout récemment (1933) d'apporter de nouveaux faits confirmatifs : il a étudié comparativement l'extrait myocardique habituel, l'extrait de cerveau de Steinfeld et celui de Georgi et Fischer. Voici ses résultats :

		Ext. myocard.		Ext. Steinfeld		Ext. G. et F.	
		+	—	+	—	+	—
P. G. non traités	L. C.-R.	35	0	35	0	35	0
	Sérum	35	0	6	17	20	3
P. G. traités	L. C.-R.	16	9	10	15	10	15
	Sérum	10	3	»	»	3	8
Σ sans sympt. nerveux	L. C.-R.	2	8	0	10	0	10
	Sérum	30	0	2	28	5	25
Névraxites sans Σ	L. C.-R.	0	36	0	36	0	36
	Sérum	0	36	0	36	0	36

*
* *

Tous ces travaux auxquels notre contribution personnelle apporte l'appoint de la statistique la plus importante qui ait encore été publiée sur ce sujet, aboutissent donc à des conclusions identiques.

Le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques donne de façon presque constante, pendant les périodes d'activité de la maladie tout au moins, des réactions de fixation positives avec les extraits de cerveau : et ces réactions sont plus sensibles à l'influence du traitement que les réactions à l'extrait de cœur.

Dans les autres formes de la syphilis nerveuse au contraire, le liquide céphalo-rachidien ne réagit pas avec les antigènes cerveau, ni dans la syphilis cérébro-spinale proprement dite, ni au cours des déterminations méningées de la syphilis secondaire ou de la syphilis latente, bien que dans tous ces cas l'antigène cœur fournisse des réactions positives. Il ne réagit pas non plus dans les affections non syphilitiques du système nerveux.

Quant au sérum sanguin, on peut dire qu'en règle générale il ne réagit pas non plus avec l'extrait de cerveau ; ne font exception à cette règle que quelques sérums de syphilis primaire et surtout secondaire. Les résultats varient d'ailleurs selon le mode de préparation des antigènes.

Seuls en définitive réagissent avec les extraits de cerveau les liquides des malades atteints des affections parenchymateuses du névraxe qui forment le groupe de la *parasyphilis* ; et ce caractère différentiel est assez net pour qu'on ait pu fonder sur lui un procédé de diagnostic biologique de ces affections.

Ces faits paraissent solidement établis. Comment peut-on les interpréter ? S'agit-il d'une propriété spécifique, d'une réagine particulière anti-cerveau ? S'il en est ainsi, quelles sont la nature et l'origine de cette réagine ?

On peut se demander tout d'abord si les extraits de cerveau utilisés constituent eux-mêmes un antigène spécifique. Plaut, s'appuyant sur les résultats positifs obtenus par Georgi et Fischer avec des sérums où rien n'autorise à admettre la présence de réagines

anticerveau, leur a dénié toute spécificité. Ces extraits, dit-il, ne contiennent en réalité que des lipoïdes ubiquitaires; le cerveau en possède en effet comme tout autre organe; quant à ses lipoïdes spécifiques, ils sont, en raison de leur « disponibilité » toute spéciale, trop fugaces pour qu'on puisse les retenir dans l'extrait; et celui-ci ne diffère des antigènes habituels myocardiques que par un moindre pouvoir fixateur. Cette critique paraît fondée en ce qui concerne l'antigène de Georgi et Fischer; ces auteurs soumettent en effet la pulpe cérébrale à un double épuisement préalable par l'acétone et par l'éther, épuisement qui a toutes chances d'entraîner les lipoïdes cérébraux spécifiques; de plus ils ajoutent à l'extrait une assez forte proportion de cholestérine qui augmente son pouvoir fixateur, mais diminue encore sa spécificité. Mais nous croyons, avec Steinfeld, qu'il est possible de préparer des antigènes spécifiques en traitant immédiatement et sans épuisement la pulpe cérébrale par l'alcool et en faisant un extrait assez concentré pour que les lipoïdes propres du cerveau y soient prédominants. Grâce à cette méthode, Steinfeld, Marchionini et nous-même, n'avons observé, contrairement à Georgi et Fischer, qu'un très petit nombre de réactions positives avec les sérums; Fœrster a constaté la même différence de résultats dans l'étude comparative qu'il a faite de leur antigène et de celui de Steinfeld. Il est sans doute impossible d'éliminer complètement les lipoïdes ubiquitaires et leur présence explique les quelques réactions positives que donnent des sérums doués d'affinités lipoïdiques très intenses. On peut du moins réduire suffisamment leur influence pour que l'antigène soit pratiquement spécifique.

Mais, dira-t-on, le liquide céphalo-rachidien et le sérum sanguin sont des milieux biologiques différents vis-à-vis desquels un même antigène peut se comporter différemment, sans qu'il soit besoin de faire intervenir des réagines spéciales. Peut-être le sérum offre-t-il simplement des conditions défavorables à l'action des extraits de cerveau, et cela d'autant plus que les sérums sont inactivés et que les liquides ne le sont pas. On pourrait répondre que ces différences de milieu n'exercent aucune influence sur l'action des extraits myocardiques. Mais il est des arguments plus décisifs.

L'influence de l'inactivation sur les liquides céphalo-rachidiens a été étudiée par Steinfeld et par Marchionini par la méthode quantitative, au moyen de doses décroissantes de liquide. Or ces

auteurs ont montré clairement que, si le chauffage diminue un peu la réactivité des liquides, il ne la supprime nullement.

D'ailleurs ce n'est pas seulement entre les liquides et les sérums que l'on constate une différence de réactivité vis-à-vis de l'antigène-cerveau, mais aussi entre divers groupes de liquides, par conséquent dans un même milieu et dans des conditions d'expérience identiques. Et cette différence n'est pas simplement quantitative ; elle n'est pas due par exemple à une faiblesse de pouvoir réactionnel des liquides de syphilis cérébro-spinale, accentuée par la faiblesse relative du pouvoir fixateur de l'extrait de cerveau. Il arrive parfois en

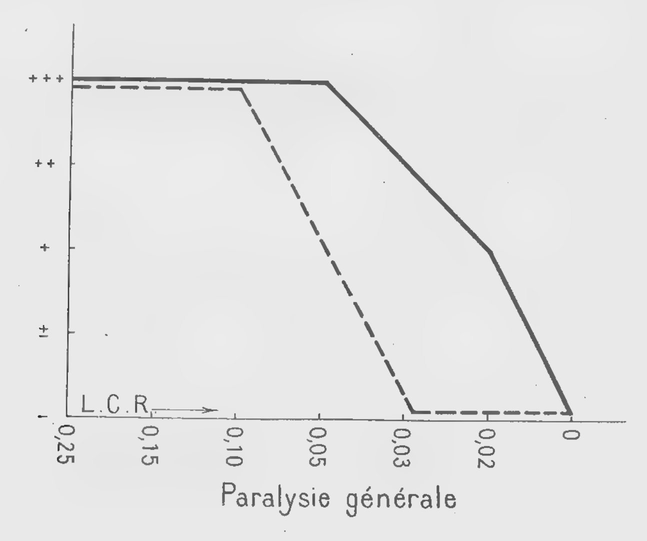


Fig. 1. — Réactions du liquide frais ———— et du liquide chauffé — — — — avec un extrait de cerveau humain (d'après Marchionini).

effet que ces liquides donnent avec l'extrait de cœur des réactions plus intenses que certains liquides de paralysie générale et de tabès.

Et si l'on fait des réactions quantitatives comparativement avec les deux extraits, on constate que chez les paralytiques généraux et chez les tabétiques les deux courbes sont parallèles malgré un léger retard de la réaction au cerveau, tandis que dans la syphilis cérébro-spinale, elles sont complètement séparées, de même que dans le sérum.

Il n'est donc pas douteux, cette longue discussion le prouve, que les réactions positives des liquides céphalo-rachidiens avec l'extrait de cerveau sont bien dues à une propriété spécifique de ces liquides et témoignent de la présence d'une réagine anticerveau. Quelle est la nature de cette réagine ?

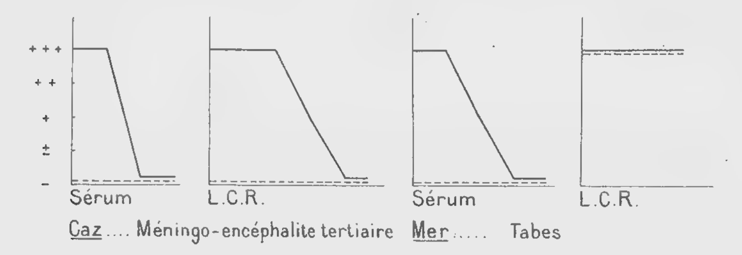


Fig. 2. — Réactions quantitatives comparées : méningite cérébro-spinale et tabès. Sérum et liq. céph. rach. à doses décroissantes.
———— Réaction à l'extrait de cœur.
— — — Réaction à l'extrait de cerveau.

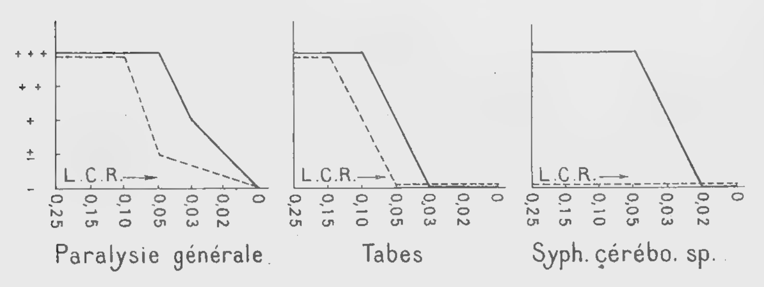


Fig. 3. — Réactions quantitatives comparées du liq. céph. rachidien, d'après Marchionini.
———— Réaction à l'extrait de cœur.
— — — Réaction à l'extrait de cerveau.

Nous avons vu qu'il était possible de préparer expérimentalement des immunsérums anticerveau et nous avons noté que ceux-ci pouvaient même être obtenus au moyen d'organes d'animaux appartenant à la même espèce que l'animal injecté. Ces sérums réagissent spécifiquement avec les extraits de cerveau quelle que soit l'origine de ces extraits. Ils contiennent donc des anticorps et même des auto-anticorps.

Or les liquides céphalo-rachidiens des paralytiques généraux se

comportent exactement comme ces immunsérums. Il y a donc tout lieu de penser qu'ils contiennent eux aussi des anticorps anticerveau. Bien des conditions se trouvent d'ailleurs réunies pour favoriser la production de ces anticorps. La paralysie générale n'est-elle pas essentiellement une infection parenchymateuse du système nerveux, accompagnée d'un processus de désintégration cellulaire susceptible de mettre en liberté les lipoïdes cérébraux? Ceux-ci, joignant leur action antigénique à celle des tréponèmes, provoqueraient sur place une réaction humorale caractérisée par la formation d'anticorps spécifiques. Ces conditions font défaut, au contraire, dans les autres formes de la syphilis nerveuse à prédominance vasculaire et méningée.

De ces anticorps les uns sont immédiatement fixés par les lipoïdes cérébraux, les autres se trouvant en excès resteraient en liberté dans le liquide ; ce sont ceux-là qui donneraient *in vitro* les réactions que nous avons observées. Steinfeld a cherché à donner une preuve directe de leur existence par des expériences d'absorption *in vivo* : à des tabétiques dont le liquide donnait avec l'extrait de cerveau des réactions positives, il a injecté comparativement dans le canal rachidien des lipoïdes myocardiques et des lipoïdes cérébraux ; les premiers ne provoquaient aucune modification, les seconds supprimaient la réactivité du liquide par neutralisation des anticorps.

La présence de ces anticorps libres pourrait avoir une autre conséquence au point de vue de la pathogénie de la paralysie générale. Elle a inspiré à Sachs une hypothèse fort ingénieuse qui a été développée par ses élèves, mais que Plaut a vivement critiquée. Grâce à la disponibilité des lipoïdes cérébraux ces auto-anticorps pourraient se fixer sur des cellules encore intactes et contribuer à leur désintégration, fermant ainsi le cercle qui explique le caractère progressif de la paralysie générale.

Quelle que soit la valeur de ces hypothèses, un fait demeure certain et nous pensons avoir contribué à le mettre en évidence, c'est que le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques contient des réagines spéciales anticerveau qu'on ne retrouve ni dans leur sérum ni dans le liquide des autres syphilitiques nerveux. Leur existence confirme la doctrine de l'origine locale des réagines du liquide céphalo-rachidien et apporte un nouvel argument en faveur de la théorie du pouvoir antigénique des

lipoïdes organiques et de la spécificité des lipoïdes cérébraux. Leur recherche fournit en outre un procédé supplémentaire pour le diagnostic biologique de la parasyphilis.

Bibliographie

A. Bocage. — Les albumines rachidiennes d'origine parenchymateuse. *Th. de Paris*, 1924.

G. Blumenthal. — Die experimentelle Erzengung syphilistischer Liquorveranderungen. *Zeitschr. f. Hyg.*, Bd. 110, H. 1, 1929.

Brandt. Guth u. Muller. — Zur Erzeugung der positiven W. R. durch kombinierte Injektion von Lipoïden und Schweinserum. *Klin. Woch.*, 1926, n° 2.

E. Césari. — Etude sur la fonction antigénique des lipoïdes. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1930.

R. Demanche. — La fonction antigénique des lipoïdes. *La Presse Méd.*, 18 juillet 1931.

R. Demanche. — Sur l'emploi des extraits cérébraux comme antigènes dans les réactions sérologiques de la syphilis. *Soc. franc. de Sérol.*, 14 janvier 1932.

R. Demanche. — La perméabilité des méninges et les anticorps du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse. *Conf. internat. de Défense soc. contre la Syphilis*, Paris, 9-12 mai 1932.

R. Fœrster. — Diagnose der metasyphilistischer Erkrankungen durch Nachweis von Gehirnantikörper. *Klin. Woch.*, 1933, n° 27.

Georgi et Fischer. — Gehirnantikörper bei Syphilis *Klin. Woch.*, 1927, nos 20, 43, 48, 49 et 51.

Georgi et Fischer. — Zur Frage des Gehirnantikörpernachweises bei Syphilis. *Klin. Woch.*, 1931, n° 5.

F. Heirmann u. J. Steinfeld. — Ueber das Verhalten der Hirnlipoïde und ihrer Antisera. *Zeitschr. Immunitätforschung*, 1928, LVIII, 1-2.

Landsteiner et Simms. — *Journ of exper. Med.*, 1923, n° 38.

Levaditi et Marie. — Les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, février 1907.

Levaditi, Ravaut et Yamanouchi. — Localisations nerveuses de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien. *Soc de Biol.*, 9 mai 1908.

A. Marchionini. — Neuere Liquor Untersuchungen zur Differentialdiagnose syphilisticher Erkrankungen des Zentralnervensystems. *Klin. Woch.*, 1931, n° 52 et 1932, n° 4.

Plaut. — Gehirnantisera in ihrer Wirkung auf das Gehirn des Kaninchens bei subduraler Einfuhrung. *Klin. Woch.*, 1929, n° 21.

Plaut. — Ueber Antikörper gegen Gehirnlipoïde. *1er Congrès international de Microbiologie*, Paris, 1930.

J. Roman. — Emploi de l'extrait de cerveau comme antigène pour la réaction de B.-W. sur le liquide céphalo-rachidien. *Przeglad Dermatologiczny*, 1927, n° 3.

Rudy. — Sur la nature chimique de l'antigène lipoïde, en particulier de l'an-

tigène cérébral servant à la réaction de Wassermann. *Klin. Woch.*, 1933, n⁰ 28.

H. Sachs. — Probleme der Pathologischen Physiologie im Lichte neuerer immunbiologischer Betrachtung. *Wien. Klin. Woch.*, 1928, 13.

Steinfeld. — *38e Congrès de la Soc. allemande de médecine interne*, Wiesbaden, 1926.

Steinfeld. — Nachweis spezifischer Antikörper bei Metalues, eine Grundlage für neue Wege in der Spätsyphilis Therapie. *Klin. Woch.*, 1930, n° 27 et 1931, nos 9 et 35.

A. J. Weil. — *Zeitschr. Immunitätforsch.*, 1926, n° 46.

Weil u. Braun. — *Berl. Klin. Woch.*, 1907, n° 49 et *Wien. Klin. Woch.*, 1909, n° 11.

E. Witebsky. — Betrachtungen zur Pathogenese metasyphilisticher Erkrankungen. *Munchen Med. Woch.*, 1927, n° 45.

E. Witebsky. — Disponibilität und Spezificität alkoholischer Stukturen von Organen und bösartigen Geschwülsten, Iena, Gustav Fischer, 1929.

E. Witebsky u. J. Steinfeld. — Untersuchungen über spezifische Antigenfunktionen in Organen. *Zeitschr. Immunitätforsch.*, 1928, LVIII, 3-4.

L'ÉLIMINATION URINAIRE DES CHLORURES DANS LES AFFECTIONS BULLEUSES ET VÉSICULEUSES DE LA PEAU

Par

R. ZORN
Chef de laboratoire à la clinique des maladies cutanées

et

P. POPCHRISTOFF
Assistant à la Clinique dermatologique de Sofia.

Travail de la Clinique des maladies cutanées de Strasbourg
(Directeur : Professeur L.-M. Pautrier)

I. — Historique

Jusqu'à présent les recherches sur le métabolisme des chlorures n'ont donné des résultats nets que dans les cas d'affections bulleuses et spécialement dans les cas de pemphigus.

D'après nos recherches bibliographiques, ce fut tout d'abord Fodor qui, en 1895, a étudié un cas de pemphigus chez lequel le NaCl urinaire était à peine le 1/5e du chiffre normal.

Ensuite Audry, Géraud et Dalous étudient un cas de pemphigus chronique et trouvent une exagération de l'excrétion urinaire des chlorures. En reprenant les chiffres publiés par les auteurs, on trouve que sur 7 chiffres publiés, 2 au moins sont en dessous de la normale. Malgré cela les auteurs concluent à une hyperchlorurie, mais n'attachent pas d'importance à ce symptôme.

Ce sont Cassaët et Micheleau qui, en 1906, attirent l'attention sur la rétention chlorurée dans le pemphigus. Ils croient d'ailleurs que le régime déchloruré a une influence heureuse sur le cours de la maladie.

Baumm, en 1910, publie l'observation de deux cas de pemphigus. Dans les deux cas, l'auteur constate une diminution du NaCl urinaire ; c'est à notre connaissance le premier auteur qui attire l'attention sur la coïncidence de la rétention chlorurée et des poussées bulleuses.

En 1911, Stümpke relate une observation de pemphigus extrêmement fouillée et donne les conclusions suivantes : « pendant une première période de rémission relative, l'élimination des chlorures est normale. Mais quand la poussée s'installe, la rétention des chlorures devient considérable. S'il y a une amélioration, elle s'accompagne d'une bonne élimination des chlorures ».

La question a été reprise en 1923 par Kartamischew. Par des expériences variées, mais sur quelques cas seulement, l'auteur établit en dehors des faits déjà connus de rétention au moment des poussées, quelques phénomènes qu'il croit constants : 1° la rétention chlorurée est surtout importante s'il existe des lésions muqueuses; 2° la rétention chlorurée est un élément du pronostic : elle diminue si l'état de la peau s'amende; si elle est considérable elle assombrit le pronostic; 3° la rétention chlorurée semble être à la base de la symptomatologie du pemphigus. Elle existe déjà quand les lésions cutanées sont minimes, quand elles ne prennent, par exemple, que la conjonctive; 4° l'auteur émet l'hypothèse d'une étiologie « métabolique » ou « dysmétabolique » du pemphigus.

Dans un travail de la même année, Pokorny et Kartamischew montrent une rétention chlorurée, un peu moins marquée peut-être, dans un cas de maladie de Dühring-Brocq.

Kœnigstein et Urbach en 1924 relatent un cas d'éruption pemphigoïde dans une urémie au stade terminal. Ils pensent qu'il ne s'agit pas d'un cas de pemphigus étant donnée l'absence de lésions muqueuses et l'hypochlorémie. Ils insistent sur la nécessité de l'analyse chimique de la peau. Ils ont fait des dosages du NaCl dans le sang, le liquide des bulles, les tissus et dans divers organes. Ils ne donnent pas les chiffres obtenus, mais ils disent que chez leur malade, sans qu'il y ait hyperchlorémie, il y avait une rétention tissulaire du NaCl qui est surtout marquée pour le tissu adipeux; cette rétention leur paraît parler en faveur de l'hypothèse d'un pemphigus.

Kobayashi à son tour retrouve la rétention chlorurée dans le pemphigus, de même que Weitgasser.

Urbach, en 1926 publie un travail portant sur 13 cas de pemphigus. Il a examiné le NaCl de la peau, dans le sang, les urines, les bulles dans différentes conditions expérimentales. Il ne trouve pas de parallélisme entre la diminution du NaCl urinaire et l'hy-

perchlorémie. L'auteur ajoute 10 grammes de NaCl au régime ordinaire et retrouve une excrétion urinaire diminuée. Le NaCl de la peau augmente dans des proportions considérables. L'auteur pense que le trouble du métabolisme des chlorures est un épiphénomène dû aux troubles profonds du métabolisme des protides dans le pemphigus.

Kristic, à l'occasion d'un cas guéri de pemphigus foliacé passe en revue une série de cas de pemphigus. Le premier cas, qui concerne un homme atteint d'un pemphigus foliacé a montré une rétention chlorurée intense pendant la période d'état et pendant les poussées bulleuses subséquentes. L'élimination devient normale pendant l'amélioration. Dans les autres cas, il trouve une rétention moins fréquente que les autres auteurs. En effet, 5 fois sur 11 cas, il n'y a pas eu de rétention.

Ullmann (1926) rapporte un cas d'oïdiomycose qui se complique de pemphigus. Pendant la poussée, il existe une rétention intense, le sujet test éliminant 17 grammes de NaCl et la malade 10 grammes, avec le même régime bien entendu.

Moreinis et Medvedev retrouvent la rétention des chlorures dans le pemphigus.

Blatt relate un cas d'une éruption vésico-bulleuse zostériforme et pemphigoïde pour laquelle il n'y a pas de diagnostic possible. L'auteur constate une rétention intense des chlorures.

Inouye retrouve une rétention de 3-8 grammes de NaCl par jour dans les cas de pemphigus qu'il a étudiés.

Chatellier publie un cas de pemphigus végétant avec une élimination de 5 gr. 98 de NaCl par jour, mais il ne donne pas de précisions sur le régime suivi.

Balbi et Ravalico font des dosages de chlorures dans les urines, le sang, le liquide des bulles (spontanées ou provoquées par un vésicatoire). Leurs expériences sont conduites avec un régime normal ou hypochloré. Dans deux cas de pemphigus bulleux, ils trouvent une rétention évidente avec hyperchlorémie. Dans un cas de pemphigus foliacé, ils ne trouvent que des chiffres normaux. Les auteurs en arrivent à conclure que la rétention des chlorures n'est pas un phénomène étiologique ni même un élément de pronostic dans le pemphigus. Indépendante du régime, la maladie évolue fatalement.

Rosenthal, à la suite de ses recherches conclut que la rétention et l'élimination défecteuse des chlorures ne sont pas un symptôme constant du pemphigus, ce qui amoindrit la signification diagnostique de ces phénomènes vus par l'école de Kreibich.

Sabrazès et Torlais, dans leur livre sur le pemphigus, parlent incidemment de la rétention chlorurée, mais n'y attachent pas grande importance ; ils mettent en garde contre une interprétation trop rapide d'un phénomène encore inexpliqué.

Fonrobert montre qu'avec un régime strictement déchloruré, le bilan du NaCl n'est pas troublé ; ce n'est que si on augmente l'apport des chlorures que le NaCl sera retenu.

Enfin Ferrari et Midana, dans une communication à la Société Italienne de Dermatologie de 1931 étudient l'élimination du chlorure de sodium chez 10 malades atteints de maladie de Dühring-Brocq et 7 pemphigus. Ils trouvent, dans les deux cas, une élimination diminuée des chlorures et ils pensent qu'il n'y a pas de rapport direct entre l'apparition des bulles et les oscillations de l'élimination chlorurée.

Pour ce qui est des autres affections cutanées qui nous occupèrent, la littérature montre fort peu de choses.

Pour l'*eczéma*, beaucoup d'auteurs parlent de l'influence du régime plus ou moins pauvre en sel sur le décours de la maladie. On invoque l'action irritative de l'ion Na^{+} sur le système neuro-végétatif. Mais nous n'avons pas trouvé des expériences sur le bilan des chlorures comme le pemphigus. A. Senin montre l'action favorable des injections intraveineuses de solution de NaCl à 10 o/o. Waltcheff confirme ces résultats.

Burgess dose la chlorémie dans une vingtaine de cas d'eczéma, d'acné, de prurit, de pemphigus. Elle semble être normale dans la majorité des cas.

Patkanjan trouve une augmentation de l'élimination des chlorures dans les eczémas aigus. Nous n'avons pas pu lire l'original, mais dans le résumé que nous avons sous les yeux, il n'est pas question d'un régime défini. Navarro Martin et Aranguena dosent la chlorémie dans les eczémas ; ils trouvent un trouble de la régulation des échanges.

Popchristoff vit dans quelques cas d'eczéma, après des injections de novasurol une décharge de NaCl et parallèlement une amélioration

clinique portant sur le prurit. Il eut alors l'idée d'une rétention chlorurée possible, sans pouvoir la confirmer.

Pour les *érythrodermies novarsenicales* nos recherches dans la littérature furent infructueuses.

II. — Méthodes

Pour doser avec exactitude les chlorures éliminés et pour savoir ce que signifient ces chiffres, il faut évidemment savoir la dose ingérée. Il faut donc partir d'un régime strictement fixé. D'autre part, il faut donner des chlorures (Fonrobert plus haut cité, avait déjà attiré l'attention sur ce point). Avec un régime strictement déchloruré on risque de passer à côté de choses intéressantes. Dans la plupart des cas en effet, s'il y a élimination troublée des chlorures, on ne verra pas une imperméabilité presque absolue des reins ; il y aura simplement un retard d'élimination de quelques jours.

Pour bien nous rendre compte de ces troubles de l'élimination des chlorures, nous avons soumis nos malades à un régime spécial. Nous avons pris le régime déchloruré absolu de l'hôpital auquel nous ajoutions 5 grammes de NaCl par jour. Dans ces conditions l'apport en sel est connu et il variera très peu, moins que dans le régime ordinaire. En effet, le régime déchloruré strict contient environ 1 gr. 50 de sel, ce qui fait comme apport total 6 gr. 50 de NaCl. Bien entendu il ne faut pas s'attendre à le retrouver en entier dans les urines, c'est pour cela que nous avons cru indispensable de faire des tests que nous verrons tout à l'heure.

Nous insistons tout particulièrement sur les difficultés que l'on rencontre pour ces expériences. Il s'agit d'une surveillance de tous les instants ; il faut s'assurer que le malade a bien pris tout le paquet de sel qu'on lui donne, que la totalité des urines arrive au laboratoire. Sur nos graphiques, ce régime sera appelé R. D.

Certains malades avaient un autre régime que nous signalons par R. N. sur nos graphiques. Il s'agit du régime n° 2 de l'hôpital qui est hypochloruré, hypotoxique et qui comporte surtout des légumes et des pâtes. Il apporte entre 10-12 grammes de sel par jour.

Pour un de nos cas, pour des raisons extérieures, nous avons

été obligés de donner un régime normal (cas n° 3). Ce régime comporte environ 15 grammes de NaCl par jour.

D'une façon générale, nous savons donc, à 0 gr. 5 près, combien nos malades ingèrent de sel.

Au point de vue chimique, nous avons adopté, pour les urines, le dosage par la méthode de Charpentier-Volhardt, méthode simple et précise.

Dans certains cas, trop rares, nous avons pu faire un dosage des chlorures dans la peau. Après avoir desséché la biopsie jusqu'à poids constant, nous la dissolvons dans 3-4 centimètres cubes d'acide nitrique fumant auquel on ajoute 2 centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent. La dissolution se fait facilement dans un micro-Kjeldahl. On fait bouillir prudemment pendant une demi-heure environ, puis on détruit la matière organique en projetant avec précaution dans la solution, des cristaux de permanganate de potasse jusqu'à ce que le liquide reste brun après une ébullition prolongée. On détruit l'excès de MnO^4K par une trace de glycose pure. Si l'opération est bien faite, on obtient un liquide clair avec quelques petits grumeaux blanchâtres dans le fond. On transvase quantitativement le contenu du micro-Kjeldahl dans un petit Erlenmeyer. Au moyen des eaux de lavage, on étend vers 50 centimètres cubes environ et on titre l'excès de nitrate d'argent par du sulfocyanure d'ammonium en présence de 5-6 gouttes de solution saturée à froid d'alun de fer ammoniacal. Le virage au rose est assez facile à voir, et on arrive à le saisir à la demi-goutte de microburette environ.

Les solutions de nitrate d'argent et de sulfocyanure sont dérivées de celles employées pour le dosage du Cl urinaire. Nous nous sommes servis de la solution donnée par Mestrezat : sol. NO^3Ag à 29 gr. 065 par litre ; 1 centimètre cube de cette solution correspond à 1 centigramme de NaCl (6 mgr. 06 de Cl). Pour la peau, nous diluons *extemporanément* de 10 fois, de sorte que 1 centimètre cube de cette solution correspond à 1 milligramme de NaCl (0 mgr. 606 de Cl). La solution de sulfocyanure doit correspondre, volume à volume à la solution de nitrate. Tous nos chiffres sont exprimés en NaCl.

Pour les résultats des dosages de la peau, la littérature donne des chiffres très variables, la variation va du simple au double.

Scholtz et Hickel trouvent comme chiffres : 1 gr. 1 — 2 gr. 73 o/oo de peau fraîche. Leva donne entre 2 et 3 grammes o/oo. Rothstein entre 2,2 et 3,4 o/oo. Urbach, par de nombreux tests arrive à fixer comme chiffre moyen 2,596 o/oo.

Nos chiffres personnels sont trop peu nombreux pour permettre une conclusion ferme. Mais nous voudrions insister sur un point : il est illusoire de fixer des chiffres pour la peau fraîche. En effet, la teneur en eau est variable. Il faut donc fixer les chiffres pour la peau desséchée. Nos expériences ci-après relatées donnent à la fois la teneur calculée pour la peau fraîche et pour la peau desséchée à 110° jusqu'à poids constant.

Pour faire un exposé complet de nos recherches, nous voulons encore signaler en passant, deux voies de travail que nous comptons envisager.

Tout d'abord, nous nous sommes posé, avec le docteur Woringer, chef de laboratoire d'anatomie pathologique, la question de savoir la disposition histotopographique des chlorures. Différentes méthodes ne nous ont pas donné de résultat. Il est excessivement difficile de mettre en évidence les chlorures qui sont très diffusibles et qui quittent la coupe presque instantanément.

Cette diffusion rapide nous a conduits à chercher dans quelle proportion les chlorures peuvent être extraits de la peau. Nous avons laissé séjourner un morceau de biopsie dans une quantité connue d'eau distillée, séjour de 10 jours à la glacière. Au bout de ces 10 jours, nous dosons les chlorures dans cette eau et nous constatons, en comparaison avec un dosage direct par incinération, qu'à 4 o/o près les chlorures ont passé dans le liquide.

En effet : cas n° 4 :

— dosage direct : NaCl en gramme o/oo tissu frais : 2 grammes o/oo,

— dosage par extraction : NaCl en gramme o/oo, tissu frais 1 gr. 92 o/oo.

Nous pensons poursuivre nos recherches sur ce point.

DOSAGES DES CHLORURES DANS LA PEAU

Cas nos	H^2O o/o	NaCl en gr. o/oo tissu frais	NaCl en gr. o/oo tissu sec
4. Schw... eczéma, en placards. Pas de rétention de NaCl	68,2	2	6,6
9. Gr... dermite d'origine externe. Pas de rétention	75,4	2,28	9,31
Schw... Test.	79,4	1,88	9,18
20. Fuhr... eczéma aigu. Rétention NaCl . . .	83,17	2,24	13,33

III. — ETUDE DES CAS PERSONNELS

Nous avons examiné en tout 27 cas qui se décomposent de la façon suivante :

Pemphigus	1 cas
Eczéma amorphe	7 cas
Eczéma papulo-vésiculeux	5 cas
Prurigo de Besnier	3 cas
Erythrodermies postarsénobenzoliques . .	3 cas
Cas particuliers	2 cas
Dermite artificielle	2 cas
Tests	4 cas

De ces cas, nous ne retiendrons en tout que 19. Nous avons éliminé tous les cas qui, pour une raison ou pour une autre, nous paraissaient suspects. Quelques malades manifestement mangeaient en dehors du régime, nous donnant ainsi des chiffres énormes d'élimination ; d'autres fois nous n'avons pas eu toutes les urines, soit que le malade n'ait pas compris ce que nous lui demandions, soit pour toute autre raison. De sorte qu'après l'épuration nos cas se répartissent de la façon suivante :

Pemphigus	1 cas
Eczéma amorphe	5 cas
Eczéma papulo-vésiculeux	4 cas
Prurigo de Besnier	2 cas
Erythrodermies postarsénobenzoliques . .	1 cas
Dermite artificielle	1 cas
Cas particuliers	2 cas
Tests	3 cas

De ces 19 cas, les cas tests mis à part, 3 autres n'ont pas eu de troubles en aucune façon.

Ce sont ces cas avec les tests que nous allons étudier tout d'abord :

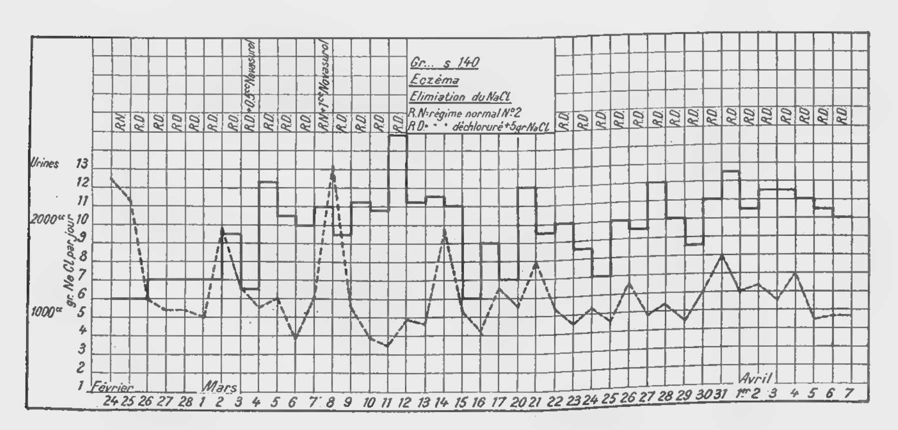
Cas n° 9. Il s'agit d'un maçon de 35 ans, qui a eu une première poussée d'eczéma en 1932. L'affection a rétrocédé rapidement, mais à la reprise du travail, il y a eu une récidive très rapide.

Dates	Régime	Urines en cm^3	NaCl en gr. par jour
26-2-1933	R. D.	1 200	5,88
27-2-1933	»	1.400	5,32
28-2-1933	»	1.400	5,32
1-3-1933	»	1.400	5,04
2-3-1933	»	1.400	9,88
3-3-1933	»	1.900	6,61
4-3-1933	»	1.300	5,53
5-3-1933	»	2.450	6,04
6-3-1933	»	2.100	3,79
7-3-1933	»	2.000	6,12
8-3-1933	R. N.	2.200	13,15
9-3-1933	R. D.	1.900	5,51
10-3-1933	»	2.250	3,78
11-3-1933	»	2.150	3,50
12-3-1933	»	2.900	4,85
13-3-1933	»	2.125	4,68
14-3-1933	»	2.300	9,66
15-3-1933	»	2.200	5,28
16-3-1933	»	1.200	4,32
17-3-1933	»	1.800	6,48
20-3-1933	»	1.400	5,46
21-3-1933	»	2.400	7,96
22-3-1933	»	1.900	5,32
23-3-1933	»	2 000	4,4
24-3-1933	»	1.700	5,[illegible]1
25-3-1933	»	1.400	4,48
26-3-1933	»	2.000	6,4
27-3 1933	»	1 900	4,56
28-3-1933	»	2.400	5,28
29-3-1933	»	2 000	4,4
30-3-1933	»	1.700	5,95
31-3-1933	»	[illegible].200	7,92
1-4-1933	»	2.500	6
2-4-1933	»	2.100	6,3
3-4-1933	»	2.300	5,52
4-4-1933	»	2.300	6,9
5-4-1933	»	2 200	4,4
6-4-1933	»	2.100	4,62
7-4-1933	»	2.000	4,6

Il entre au service le 24 février 1933 avec un eczéma amorphe très suintant des avant-bras, de la face, de la nuque, en général des régions découvertes du corps. Nous l'avons en observation pendant 41 jours.

Nous l'avons mis au régime déchloruré qui, pour des raisons étrangères a dû être coupé en deux par quelques jours de régime normal. Pendant une première période de 10 jours, soit du 26 février au 7 mars 1933 ; le malade élimine 5,95 comme chiffre journalier moyen.

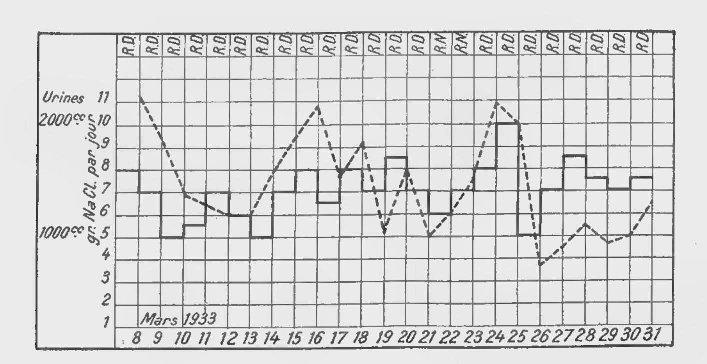
Du 10 mars au 7 avril 1933 le malade élimine 5 grammes 48 en moyenne. Pendant ce temps l'eczéma rétrocédait lentement. Le malade sort guéri du service ; il est revu par l'un de nous le 2 mai 1933. Le malade a repris son travail. Récidive de dermite sur les mains, surtout de la main droite.



Graphique n° 1. — Cas n° 9. Gr.... ——— : Urines. .... : NaCl.

Le cas n° 12 concerne un ouvrier des chemins de fer de 32 ans. Son affection occupe les avant-bras et d'une façon plus discrète le cou. Il s'agit d'un eczéma amorphe légèrement infecté et très prurigineux. Notre observation a duré 24 jours en tout :

Dates	Régime	Urines en cm^3	NaCl en gr. par jour
10-3-1933	R. D.	1.000	6,9
11-3-1933	»	1.100	6,6
12 3-1933	»	1.400	6,16
13-3-1933	»	1.200	6,12
14-3-1933	»	1.000	7,8
15-3-1933	»	1.400	9,52
16 3 1933	»	1.600	10,88
17-3-1933	»	1.300	7,54
18-3-1933	»	1.600	9,28
19 3-1933	»	1.400	5,32
20-3 1933	»	1.700	7,99
21-3-1933	»	1.400	5,04
22-3-1933	R. N.	1.200	6,24
23-3-1933	R. N.	1.400	7,7
24-3-1933	R. D.	1.600	10,88
25-3-1933	»	2.000	10
26-3-1933	»	1 000	3,6
27-3-1933	»	1.400	4,48
28-3-1933	»	1.700	5,54
29-3-1933	»	1.500	4,8
30-3-1933	»	1.400	5,04
31-3-1933	»	1.500	6,6

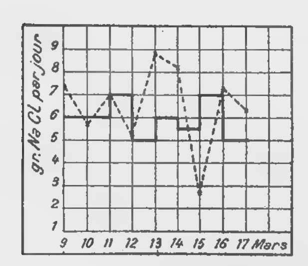


Graphique n° 2. — Cas n° 12. Wal....

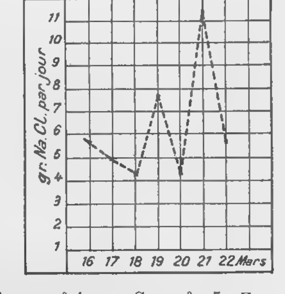
Pendant une première période, du 10 au 21 mars 1933, le malade élimine comme moyenne journalière 7 gr. 43 de NaCl, ce qui est manifestement trop. Mais le malade mangeait en dehors du régime ; l'eczéma s'améliorait, mais il restait un prurit intense. Nous avons alors persuadé le malade que le régime sans sel qu'on lui donnerait, diminuerait son prurit et dans la deuxième période du 25 au 31 mars 1933 le malade a suivi strictement son régime. Il élimine alors comme moyenne 5 gr. 72 de NaCl par jour.

Le cas n° 10 concerne un prurigo de Besnier, vieil abonné du service, qui était venu nous trouver, très infecté et avec un fort prurit. Le régime déchloruré, + 5 grammes de NaCl lui est prescrit, mais le malade mange un peu en dehors du régime, de sorte que la moyenne journalière éliminée est de 6 gr. 41 de NaCl.

Dates	Régime	Urines en cm³	NaCl en gr. par jour
10-3-1933	R. D.	1.200	5,76
11-3-1933	»	1.200	7
12-3-1933	»	1.400	5,2
13 3-1933	»	1.000	8,8
14-3-1933	»	1 200	8,14
15-3-1933	»	1.100	2,8
16-3-1933	»	1.400	7,2
17-3-1933	»	1.000	6,4



Graphique n° 3. — Cas n° 10. Br.



Graphique n° 4. — Cas n° 15 Zo .. Test.

Ces chiffres sont à rapprocher de nos tests. Nous en avons éliminé un, le premier, qui ne suivait pas son régime, prétendant ne pas pouvoir manger sans sel. Les trois qui nous restent, cas n° 15, 18 et 22, sont trois médecins de la clinique. Les n°s 18 et 22 sont bien portants, sans antécédents morbides. Le n° 15 a fait en novembre 1932 une crise de colique néphrétique. Nous avons tenu à choisir des tests médecins qui savaient l'importance de ce qu'ils faisaient ; ils étaient soumis au régime déchloruré additionné de 5 grammes NaCl ; qualitativement ils mangeaient le même régime que les malades et leurs chiffres moyens nous ont servi de base : n° 18, chiffre moyen 5 gr. 24 par jour ; n° 22, 5 gr. 41 par jour. Le n° 15 a montré un jour une forte chlorurie ; peut-être y a-t-il

eu un changement dans le régime de l'hôpital ? En tous les cas, son chiffre moyen est le plus fort : 6 gr. 24 NaCl par jour. Les régimes des tests étaient suivis pendant une semaine exactement.

Cas n° 15. Zo... *test.*

Dates	Régime	NaCl en gr. par jour
16-3-1933	déchloruré + 5 gr. NaCl	5,61
17-3-1933	»	4,95
18-3-1933	»	4,25
19-3-1933	»	7,62
20-3-1933	»	4,2
21-3-1933	»	11,34
22-3-1933	»	5,75

Cas n° 18. La... *test.*

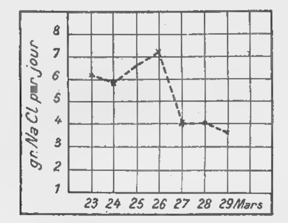
Dates	Régime	NaCl en gr. par jour
23-3-1933	déchloruré + 5 gr. NaCl	6,15
24-3-1933	»	5,92
25-3-1933	»	6,3
26-3-1933	»	6,63
27-3-1933	»	4,03
28-3-1933	»	4,03
29-3-1933	»	3,64

Cas n° 22. Me... *test.*

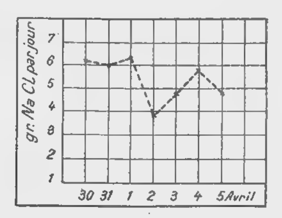
Dates	Régime	NaCl en gr. par jour
30-3-1933	déchloruré + 5 gr. NaCl	6,15
31-3-1933	»	6
1-4-1933	»	6,22
2-4-1933	»	3,94
3-4-1933	»	4,8
4-4-1933	»	5,85
5-4-1933	»	4,94

En résumé chez les trois tests et chez les trois malades précités, nous voyons une élimination moyenne normale. D'autre part,

quand on contrôle les graphiques d'élimination, on voit qu'ils sont représentés par une ligne brisée. L'élimination ne se fait pas d'une façon régulière, il y a des hauts et des bas, mais les chiffres faibles sont compensés dès le lendemain. Il n'y a pas de rétention pendant



Graphique n° 5 — Cas n° 18. La.. Test.



Graphique n° 6. — Cas n° 22 Me... Test.

quelques jours ; si un jour le chiffre de l'élimination est au-dessous de la normale, il sera unique, l'élimination ne restera pas déficitaire pendant plusieurs jours pour reprendre ensuite.

Si nous prenons la moyenne des 3 chiffres-tests, nous voyons qu'avec le même régime — et le régime avons-nous dit est strictement défini, — l'élimination sera sensiblement de 5 gr. 63 par jour. Nous dirons donc que les chiffres au-dessus de 6 gr. 5 et en dessous de 5 grammes par jour seront soit suspects (non-observation du régime) soit déficitaires.

Malades a élimination chlorurée troublée

1° *Pemphigus*.

Le cas n° 3 concerne un cas de pemphigus vulgaire (malade du professeur L.-M. Pautrier) chez un jeune homme d'une vingtaine d'années. L'affection datait de 3 mois environ. L'évolution à la clinique peut être divisée en trois périodes : dans une première période, qui va du 4 au 6 février 1933, le malade était soumis à un régime déchloruré auquel on ajoutait 5 grammes de NaCl. Voici son élimination :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
4-2-1933	déchloruré + 5 gr. NaCl	1.900	6,93	poussée continuelle
5-2-1933	R. D.	1.200	6,25	poussée continuelle
6-2-1933	R. D.	1.000	6,60	poussée continuelle

Pendant cette période, le malade a ingéré environ 19 gr. 5 de sel. En comparaison avec les tests, il aurait dû éliminer 17 gr. 8 environ de NaCl, or, il élimine 22 gr. 1. Il y a donc un excès d'environ 4 grammes de NaCl. Comme nous sommes sûrs du malade et du régime, il faut admettre que cet excédent provient d'une rétention antérieure.

Dans une deuxième période, le malade est soumis au régime normal comportant environ 12 grammes de NaCl par jour. Voici l'élimination :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
9-2-1933	normal	1.100	3,3	poussée continuelle
10-2-1933	»	1 200	4,32	» »
11-2-1933	»	1.475	4,47	» »
12-2-1933	»	950	9,04	» »
13-2-1933	»	650	2,75	» »

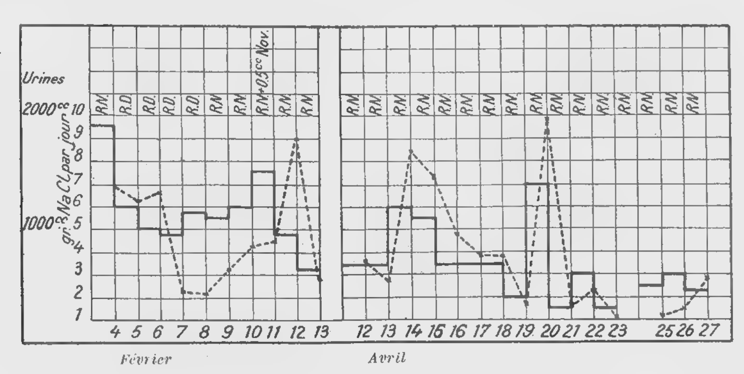
Pendant ce laps de temps, le malade élimine trop peu de NaCl ; il aurait dû éliminer 55-60 grammes de NaCl, il n'élimine que 28 gr. 36 ; il fait donc une rétention d'une trentaine de grammes sans œdèmes cliniquement appréciables. D'autre part, le suintement ne peut être rendu responsable de la perte de sel. La concentration du NaCl dans les bulles a été recherchée par divers auteurs, elle est de 4-5 grammes de NaCl o/oo. Même en admettant que le suintement soit d'un litre par jour, ce qui est énorme, la perte de sel ne serait que de 4-5 grammes, ce qui ne suffit pas à combler le déficit de NaCl.

Sur ce, le malade quitte le service pour quelque temps. Il revient le 12 avril 1933 ; la peau est presque complètement cicatrisée, il ne reste que quelques bulles dans l'espace interscapulaire, et sur l'abdomen. Pas de lésions des muqueuses. Voici le rythme d'élimination :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
12-4-1933	normal	700	3,57	peau cicatrisée
13-4-1933	»	700	2,66	» »
14-4-1933	»	1.200	8,40	» »
15 4-1933	»	1.100	7,26	» »
16-4-1933	»	700	4,76	» »
17-4-1933	»	700	3,92	» »
18-4-1933	»	700	3,78	» »
19-4-1933	»	400	3,6	poussée bulleuse
20-4-1933	»	1.400	9,8	» »
21-4-1933	»	300	1,62	» »

Pendant cette période, le malade a ingéré environ 120 grammes de NaCl. Son élimination est de 46 gr. 78 de NaCl environ ; il fait donc une rétention considérable. Avant le 18 avril, il n'y a pas d'œdème nulle part. Le 18 avril 1933 apparaissent des œdèmes des membres inférieurs. Le 19 avril 1933, s'installe une poussée bulleuse très intense et le malade entre rapidement dans la phase terminale. Exitus le 30 avril 1933. Pendant toute la période de son observation le malade avait un très bon appétit et l'absence de lésions buccales lui permit de s'alimenter convenablement. Malgré cela le malade maigrissait à vue d'œil et se plaignait de perte de forces.

Deux faits nous semblent dignes de retenir l'attention : 1° l'absence de lésions muqueuses ; 2° la bonne élimination des chlorures dans la première période de l'observation malgré les poussées bulleuses intenses et continuelles.



Graphique n° 7. — Cas n° 3. Cad....

2° *Eczéma amorphe.*

Cas n° 14. Il s'agit d'un eczéma subaigu des mains et de la face chez une jeune fille de 19 ans. Guérison très rapide sous la pâte au coaltar.

Elimination :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
18-3-1933	R. D.	1.000	5,3	amélioration lente
19-3-1933	»	850	3,74	» »
20-3-1933	»	300	3,6	» »
21-3-1933	»	550	3,3	» »

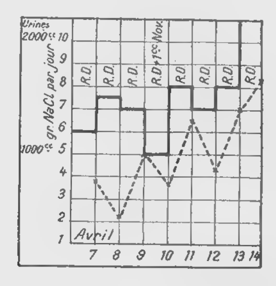
Malgré la guérison clinique nous voyons une rétention considérable des chlorures. Quinze jours après la sortie il se produit une récidive. On peut se demander si elle est en rapport avec la rétention des chlorures (?)

Cas n⁰ 24. Il s'agit d'un eczéma amorphe infecté chez un tourneur sur métaux. L'affection date d'un an environ.

Elimination :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
7-4-1933	R. D.	1.200	3,72	évolution lente vers la guérison
8-4-1933	»	1.500	2,1	»
9-4-1933	»	1.400	5,04	»
10-4-1933	»	1.000	3,6	»
11-4-1933	»	1.600	6,4	»
12-4-1933	»	1.400	4,32	»
13-4-1933	»	1.800	7,04	»
14-4-1933	»	2.300	8,28	»

L'élimination journalière moyenne est de 5 gr. 06. Mais si on regarde le graphique, on voit que l'élimination augmente de jour en jour. L'amélioration clinique va parallèlement à cette élimination. En fin d'expérience, le malade n'était pas encore guéri.



Graphique n⁰ 8. — Cas n⁰ 24. Gol....

Cas n⁰ 25. Il s'agit d'un eczéma amorphe chronique de la face et des extrémités, lichénifié par endroits et suintant.

Voici le rythme d'élimination :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm^3	NaCl en gr. par jour	Observations
15-4-1933	R. D.	1.850	8,51	évolution vers la guérison
16-4-1933	»	1.550	4,96	»
17-4-1933	»	1.400	6,16	»
18-4-1933	»	1.400	5,74	»
19-4-1933	»	2.000	4,2	»
20-4-1933	»	2.150	3,65	»
21-4-1933	»	1.300	2,64	»
22-4-1933	»	1.750	9,8	»
23-4-1933	»	1.450	8,12	»
24-4-1933	»	1.300	5,46	»
25-4-1933	»	1.350	5,94	»
26-4-1933	»	1.600	6,4	»
27-4-1933	»	1.500	6,3	»

L'élimination journalière moyenne est de 5 gr. 99. Les 19, 20 et 21 avril 1933, il y a trois jours de mauvaise élimination, mais nous n'avons pas pu voir la malade pendant ces jours.

3° *Eczéma papulo-vésiculeux.*

Le cas n° 5 concerne un étudiant porteur d'un eczéma papulo-vésiculeux à qui un camarade, étudiant en médecine, fait des injections intraveineuses de cacodylate de soude à 1 gramme par jour. Il se fait une éruption bulleuse intense sur les quatre extrémités. Son élimination a été suivie pendant longtemps. Dans une première période, il y a eu éruption bulleuse.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm^3	NaCl en gr. par jour	Observations
10-2-1933	R. D.	1.800	6,72	amélioration
11-2-1933	»	2.400	6,51	»
12-2-1933	»	1.400	10,46	»
13-2-1933	»	2.300	6,96	»

Le malade a éliminé 30 gr. 75 ; avec son régime il aurait dû éliminer, comparativement aux tests, environ 22 à 23 grammes. Il y a donc un excès de chlorures. Il faut admettre que ces chlorures viennent d'une rétention antérieure, le malade ayant très bien suivi son régime. Pendant tout ce temps, l'éruption bulleuse a disparu très rapidement.

Dans la deuxième période, le malade a été soumis au régime n° 2 ; l'eczéma papulo-vésiculeux a reparu.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
16-2-1933	normal n° 2	2.700	10,12	eczéma papulo-vésiculeux
17-2 1933	»	2,200	14,3	»
18-2 1933	»	2.600	12,76	»
19-2-1933	»	2,200	15,08	»
20-2 1933	»	2.600	10,56	apparition de placards suintants
21-2-1933	»	2 200	10,12	»
22-2-1933	»	2,200	16,66	»

Pendant ce temps, l'eczéma papulo-vésiculeux évolue. L'élimination journalière correspond bien à l'ingestion de sel ; sauf pour le 20 et 21 février où il y a une déficience nette ; à ce moment apparaissent quelques placards suintants.

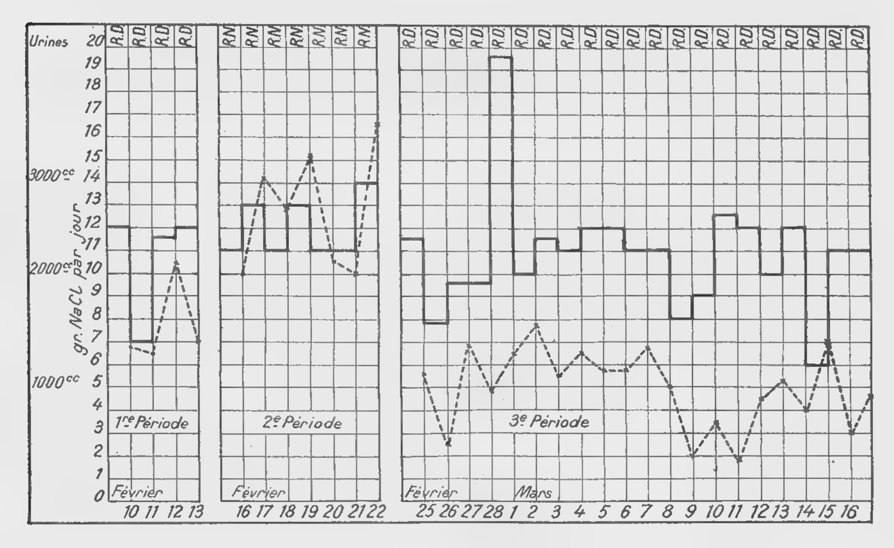
Durant la troisième période, le malade est soumis au régime déchloruré auquel on ajoute 5 grammes de NaCl ; nous le suivons pendant 21 jours durant lesquels son eczéma évolue vers la guérison avec quelques rechutes locales. Le malade a bien suivi son régime comprenant très bien ce qu'on voulait de lui.

Voici son élimination pendant cette période :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
25-2-1933	R. D.	1.650	5,68	évolution vers la guérison
26-2-1933	»	2.300	2,56	»
27-2-1933	»	1.550	6.92	»
28-2 1933	»	1.950	4,83	»
1-3-1933	»	1.900	6,46	»
2-3-1933	»	3.900	7,83	»
3-3-1933	»	2.000	5,54	»
4-3-1933	»	2.300	6,44	»
5-3-1933	»	2.200	5,84	»
6-3-1933	»	2.400	5,78	»
7-3-1933	»	2.400	6,84	»
8-3-1933	»	2.200	5,04	pas de traitement externe
9-3 1933	»	2.200	2	»
10 3-1933	»	1.600	3,52	prurit violent
11-3-1933	»	1.800	1,8	placards suintants
12-3-1933	»	2.500	4,5	»
13-3-1933	»	2.400	5,28	»
14-3-1933	»	2.000	4	»
15-3-1933	»	2.400	7,2	amélioration
16-3-1933	»	1.200	2,88	»
17-3-1933	»	2.200	4,4	»

Pendant cette période l'eczéma papulo-vésiculeux évolue lentement vers la guérison, le prurit diminue, et l'élimination des chlorures est bonne. Le 8 mars 1933, l'affection semble disparue et on n'applique plus de traitement externe. Les jours suivants, l'élimination des chlorures est défectueuse ; il se fait une rétention de quelques jours. Le 10 mars 1933, le prurit réapparaît sans lésions cutanées. Le 11 mars, des vésicules apparaissent ; tout cela rentre dans l'ordre au bout de quelques jours.

Le malade quitte le service non complètement guéri. Si on fait le bilan total des chlorures pour cette période, on voit qu'il s'est fait une rétention de 13 grammes environ. Quelques jours après sa sortie du service, et malgré l'application d'un traitement externe, il se fait une récidive violente.



Graphique n° 9. — Cas n° 5. — Sou.... 1re, 2e et 3e périodes.

Ce cas illustre très bien les relations que nous avons cru voir entre la rétention des chlorures et la poussée d'eczéma. Au début, la poussée bulleuse médicamenteuse se calme rapidement, l'élimination est bonne. A la fin, mauvaise élimination des chlorures, le prurit et les papulo-vésicules reparaissent ; il semble y avoir une relation vraiment très étroite entre ces phénomènes.

Cas n° 19. Il s'agit d'un eczéma papulo-vésiculeux infecté par le grattage et datant de trois semaines environ. Les papulo-vésicules sont groupées en placards répartis sur le tégument entier.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
29-3-1933	R. D.	1.500	3,9	poussées successives et amélioration temporaire
30-3-1933	»	1.600	5,12	»
31-3-1933	»	1.800	7,2	»
1-4-1933	»	2.000	6	»
2-4-1933	»	1.500	3	réapparition du prurit
3-4-1933	»	1.700	3,91	vésicules, suintement
4-4-1933	»	2.300	4,6	»
5-4-1933	»	1.800	3,6	»
6-4-1933	»	2.000	6,4	»
7-4-1933	»	2.500	6,75	»
8-4-1933	»	2.200	6,6	»
9-4-1933	»	1.600	5,12	»
10-4-1933	»	1.000	2,2	apparition placard suintant
11-4-1933	»	1.400	2,52	»
12-4-1933	»	2.000	5,4	»
13-4-1933	»	2.600	8,32	amélioration
14-4-1933	»	1.800	5,76	»

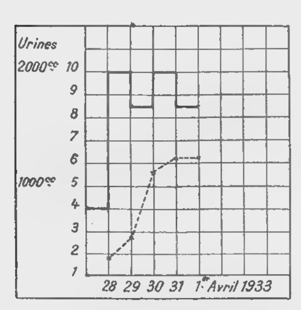
L'élimination journalière moyenne est de 5 gr. 02. L'affection cutanée évolue par poussées successives ; il y a des rechutes fréquentes suivies d'améliorations rapides. Du 2 au 5 avril 1933, l'élimination des chlorures est déficiente. Ces jours correspondent à une aggravation clinique : réapparition du prurit, éruption de papulo-vésicules, suintement abondant,

Le 10 et le 11 avril, le malade retient encore ses chlorures ; il se fait alors un placard suintant au pubis avec un prurit violent, mais tout rentre dans l'ordre au bout de deux jours. A la fin de l'expérience le malade n'était pas encore complètement guéri.

Cas n⁰ 20. Eczéma papulo-vésiculeux aigu chez une vieille femme de 62 ans, datant de quatre semaines, occupant les membres supérieurs, la région lombaire et les fesses. L'amélioration est très rapide sous la pâte au coaltar. L'élimination, après une rétention du début, reprend d'ailleurs très rapidement.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
28-3-1933	R. D.	800	1,76	poussée aiguë
29-3-1933	»	1.900	2,66	»
30-3-1933	»	1.700	5,61	amélioration
31-3-1933	»	1.900	6,08	»
1-4-1933	»	1.700	6,12	»

Pour des raisons étrangères, nous n'avons pas pu suivre plus longtemps cette malade.



Graphique n° 10.
Cas n° 20.

En pleine poussée, le 28 mars 1933, nous avons pu faire une biopsie sur l'avant-bras droit. L'examen de la peau montre tout d'abord une augmentation de la teneur en eau : 83,16 o/o au lieu de 70-75 o/o de teneur normale. Quant à la teneur en chlorures, elle semble normale pour le tissu frais : 2 gr. 24 o/oo, mais par rapport au tissu sec, il y a une augmentation considérable des chlorures : 13 gr. 33 o/oo. Il semble donc que ces chlorures ont bien servi à former des œdèmes.

4° *Prurigo de Besnier.*

Le cas n° 16, seul cas de prurigo que nous ayons pu retenir, concerne un jeune homme de 25 ans. Il s'agit d'un cas classique de prurigo de Besnier avec, par endroits, quelques placards suintants.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
20-3-1933	R D.	1.200	5,04	évolution lente vers guérison
21-3-1933	»	2.300	6,08	»
22-3-1933	»	2.400	4,32	»
23-3-1933	»	1.900	6,08	»
24 3-1933	»	2.200	5,72	»
25-3-1933	»	2.000	7,2	»
26-3-1933	»	1.500	1,8	œdème des paupières
27-3-1933	»	1.900	5,78	
28-3-1933	»	2.200	4,84	
29-3-1933	»	2.400	5,28	
30-3-1933	»	1.500	4,05	
31-3-1933	»	1 400	9,94	
1-4-1933	»	2.500	6,5	
2-4-1933	»	2.100	6,3	
3 4-1933	»	2.000	4,8	
4-4-1933	»	1.600	1,6	placards suintants disparition
5 4-1933	»	2.500	5	

L'évolution clinique se fait lentement vers la guérison. Dans toute son élimination, nous ne trouvons que deux chiffres bas. Le 26 mars 1933 il

élimine 1 gr. 8 de NaCl et fait un œdème des paupières, le 4 avril 1933 il élimine 1 gr. 6 de NaCl ; le même jour deux placards suintants sont apparus sur la main droite pour disparaître le lendemain.

5° *Erythrodermie novarsénobenzolique.*

Le cas n° 26 concerne un jeune homme de 23 ans qui a fait une syphilis secondaire en 1923. Il a été traité par du 914 et du bismuth ; sept jours après la dernière injection, le 3 avril 1933, l'érythrodermie débute ; le malade entre au service avec une grande érythrodermie œdémato-vésiculeuse en pleine évolution.

L'observation de ce malade a pu être prolongée pendant assez longtemps ; dans la première période, l'affection est en pleine évolution, elle prend peu à peu les téguments dans leur totalité.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
12-4-1933	R D.	600	4,32	l'affection évolue
13-4-1933	»	800	4,8	»
14-4-1933	»	1.200	3,84	»
15-4-1933	»	1.400	6,44	»
16 4-1933	»	1.400	2,52	»

L'élimination journalière est nettement défectueuse ; elle est de 4 gr. 40 par jour. Le régime a été suivi strictement.

Dans la période suivante, l'affection ne progresse plus, elle est stationnaire.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
17-4-1933	R. D.	1.400	5,88	état stationnaire
18-4-1933	»	1.000	6,1	»
19-4-1923	»	800	4,32	»
20-4-1933	»	1.000	5,4	»
21-4-1933	»	1.400	2,94	»

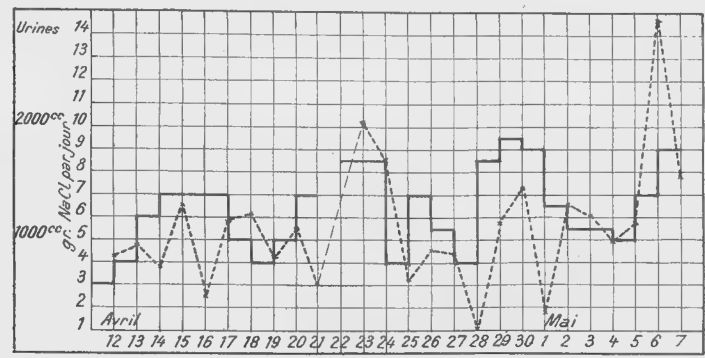
Pendant ce temps encore, l'élimination n'est pas totale, Il se fait une rétention moindre que dans la première période ; moyenne journalière : 4 gr. 93 de NaCl.

Puis survient pendant trois jours une amélioration très rapide, considérable.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm^3	NaCl en gr. par jour	Observations
22-4-1933	R. D.	manque	—	—
23-4 1933	»	1.700	10,2	amélioration
24-4 1933	»	1.700	8,5	

L'élimination pour les deux jours est de 9 gr. 35 de NaCl en moyenne. L'amélioration clinique est manifeste et très rapide.

Dans la quatrième période, le malade passe par des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui sont le propre des érythrodermies. Son élimination, elle aussi, est oscillante.



Graphique n° 11. — Cas n° 26. Wor....

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm^3	NaCl en gr. par jour	Observations
25-4-1933	R. D.	900	3,2	légère aggravation
26-4-1933	»	1 400	4,48	»
27-4-1933	»	1.100	4,4	»
28-4-1933	»	800	0,96	diarrhées
29-4-1933	»	1.700	5,78	
30-4-1933	»	1.900	7,22	amélioration
1-5-1933	»	1.800	1,8	»
2-5-1933	»	1.300	6,5	»
3-5-1933	»	1.100	6,16	»
4-5-1933	»	—	5,83	»
5-5-1933	»	—	7,6	»
6-5-1933	»	—	14,64	»
7-5-1933	»	—	7,92	»

L'élimination journalière est de 5 gr. 79 ; l'excès provenant de la rétention antérieure. L'amélioration clinique correspond bien à la reprise de l'élimination.

6° *Dermite artificielle.*

Cas n° 17. Il s'agit d'un vieillard de 70 ans qui, pour un prurit des cuisses, s'est appliqué une pommade inconnue. Quelques jours après, apparaît un fort érythème sur les membres inférieurs et le bas-ventre; il n'y a pas de suintement, sauf pour les jambes qui sont un peu œdémateuses. Le prurit est très violent.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
23-3-1933	R. D.	600	4,8	
24-3-1933	»	1.200	5,52	
25-3-1933	»	1.400	7,28	
26-3-1933	»	1.300	3,64	
27-3-1933	»	1.400	8,68	
28-3-1933	»	2.000	7,2	
29-3-1933	»	1.200	3,12	œdème membres inférieurs
30-3-1933	»	1.000	2,2	»
31-3-1933	»	1.800	3,96	»
1-4-1933	»	1.600	6,08	
2-4-1933	»	1.400	5,6	
3-4 1933	»	1.500	4,2	
4-4-1933	»	1.400	5,6	
5-4-1933	»	1.800	7,56	
6-4 1933	»	1.400	5,6	
7-4-1933	»	1.500	3,3	rougeur et prurit intenses
8-4-1933	»	1.700	4,59	»
9-4 1933	»	1.600	5,7	
10-4-1933	»	2.200	4,4	
11-4-1933	»	1 400	4,2	

Sous l'influence du régime et des traitements externes, le prurit diminue rapidement, l'œdème des membres inférieurs disparaît. L'élimination journalière moyenne est de 5 gr. 16 par jour, donc sensiblement normale. L'élimination est mauvaise les 29, 30 et 31 mars 1933; elle coïncide avec un œdème des jambes. Le 7 avril, il se fait encore une rétention; ce jour-là apparaît un prurit intense et un fort érythème des cuisses qui disparaît le surlendemain.

7° *Cas spéciaux.*

Nous en venons maintenant à deux cas spéciaux extrêmement curieux que nous nous proposons d'ailleurs d'étudier de plus près encore.

Le premier, n° 23, concerne un jeune homme de 25 ans qui est en traitement pour un accident primitif. Il fait une éruption rouge et prurigi-

neuse très discrète sur les racines des membres et le ventre. Croyant surprendre une érythrodermie au début, nous le soumettons au régime déchloruré auquel on ajoute 5 grammes de NaCl par jour. Nous le suivons ainsi, mais ne trouvons pas de trouble considérale de l'élimination des chlorures. L'éruption pâlit et nous refaisons une injection de 914 à 0.75.

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
10-4-1933	R. D.	400	2,24	rhodarsan 0,75
11-4-1933	»	500	1,75	pas de phénomènes cliniques
12-4-1933	»	500	1,05	»
13-4-1933	»	1.500	5,4	»
14-4-1933	»	1.600	9,28	»

Nouvelle injection :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr. par jour	Observations
18-4-1933	R. D.	800	1,76	rhodarsan 0,75
19-4-1933	»	1.300	manque	
20-4-1933	»	1 000	5,4	
21-4-1933	»	2.200	6,82	
22-4-1933	»	1.800	10,8	

Nous pensions à un érythème du neuvième jour ; l'hypothèse se confirma d'ailleurs Et pour les injections ultérieures l'influence de celles-ci ne se fit plus sentir.

Le deuxième cas, n° 30, est tout à fait analogue. Il s'agit d'une prostituée qui fit un érythème du neuvième jour avec une rétention assez considérable des chlorures. Une nouvelle injection de rhodarsan à 0,60 ne fait pas réapparaître d'éruption, mais la rétention chlorurée s'accentue. Nous ne donnerons qu'un court extrait du tableau :

Dates	Régime	Quantité d'urines en cm³	NaCl en gr par jour	Observation
13-5-1933	R. D.	1.000	6,8	rhodarsan 0,60
14-5-1933	»	1.200	4,08	
15-5-1933	»	660	2,5	
16-5-1933	»	790	3,16	

L'élimination se fait mal pendant quelques jours, puis reprend par la suite le taux normal.

Nous ne voyons aucune explication à ce phénomène. Tout d'abord nous croyions que les malades ne mangeaient pas les jours de leur piqûre ; nous les avons questionnés et ils nous ont assuré qu'ils mangeaient tout le paquet de sel qu'on leur donnait. Nous ne croyons pas que le fait ait déjà été signalé aux chercheurs.

En revoyant tous nos chiffres, nous pouvons dire que nous avons des chiffres montrant un trouble dans l'élimination des chlorures, mais nous n'en avons pas beaucoup. En voyant l'élimination reprendre rapidement, comme dans les cas n°s 20 et 24, nous pouvons supposer que nos investigations viennent d'habitude un peu trop tard. Il est assez rare de voir un malade entrer à l'hôpital au début même de son eczéma et le trouble le plus grave semble précéder de 24 ou de 48 heures l'éruption (cas n° 5).

Conclusions

En ce qui concerne le pemphigus, le seul cas que nous ayons pu étudier, montre une rétention chlorurée considérable. Un cas ne peut pas permettre d'émettre un jugement général, mais nous sommes convaincus que la rétention chlorurée n'est pas un phénomène pronostic. La prendre pour un phénomène étiologique cardinal, comme le font quelques auteurs, ne nous semble pas interpréter la réalité. D'autre part, il est excessivement difficile de faire un bilan exact ; il y a peut-être des pertes considérables par le suintement qui s'écoule continuellement par les plaies.

Pour ce qui est de l'eczéma, nous sommes sur une base plus large. Il nous semble indiscutable qu'on retrouve un trouble de l'élimination urinaire des chlorures dans tous les cas d'eczéma amorphe suintant et d'eczéma papulo-vésiculeux. Pour les mettre en évidence, il faut soumettre les malades à un régime comportant une certaine quantité de NaCl. Les « eczémas professionnels » ne nous semblent pas présenter de troubles métaboliques de ce genre.

La rétention des chlorures est momentanée dans la plupart des cas ; elle ne devient intéressante que si elle dure 2-3 jours au mini-

mum. En suivant les malades au jour le jour, il nous semble avoir remarqué que cette rétention s'accompagne d'une succulence des régions cutanées atteintes; en d'autres termes, nous pensons que les chlorures retenus servent à former l'œdème et la spongiose histologique qui signent l'eczéma.

Quand le suintement diminue, l'élimination reprend son cours normal et le prurit diminue lui aussi. On peut à la rigueur penser que c'est l'œdème dermique qui, par distension et irritation chimique des terminaisons nerveuses, est à la base des phénomènes subjectifs de fourmillement et de prurit.

Dans ces cas d'eczéma où il n'y a pas à proprement parler de lésions rénales, la formation de l'œdème coïncide presque avec le rétablissement de l'élimination des chlorures. Il faut donc prendre les cas tout à fait au début pour avoir des chances de voir encore la rétention.

Un fait curieux à constater, c'est l'importance de la rétention montrée par les malades lors de rechutes ou encore de récidives tout à fait localisées.

Où les chlorures se trouvent-ils ? Les données déjà anciennes permettaient de prévoir qu'ils étaient retenus dans la peau. Wahlgren et après lui Padtberg ont montré qu'en injectant des chlorures à des animaux, plus de deux tiers sont fixés dans la peau. Leva montre que dans certaines néphrites avec rétention chlorurée sèche la peau contient trois fois plus de chlorures qu'à l'état normal. Nos recherches chimiques sur la teneur de la peau en chlorure sont trop peu nombreuses pour nous permettre une affirmation. Pourtant la teneur en chlorures de la peau dans des cas *d'eczéma sans rétention chlorurée* s'est montrée trois fois absolument normale. Une fois, chez une malade à eczéma aigu, nous avons trouvé une augmentation considérable des chlorures.

Nous serions donc amenés à croire, si des recherches ultérieures confirment nos résultats, que les eczémas s'accompagnent très fréquemment d'une rétention chlorurée de faible intensité. Les chlorures retenus sont fixés dans la peau et servent ici à provoquer l'œdème dermique et la spongiose qui sont la signature histologique de l'eczéma. Nous pouvons ainsi, dans une certaine mesure, comprendre l'utilité du régime déchloruré dans le traitement des eczémas. Voyant la rétention qui est presque de règle au début

d'une poussée, il nous semble indiqué de restreindre l'apport de sel pour faire éliminer plus vite les chlorures retenus dans la peau malade. Le régime déchloruré ne nous semble pas indiqué, par contre, une fois l'élimination en train.

Cette rétention dans l'eczéma n'a pas la même valeur que dans le pemphigus. Dans cette dernière affection, il y a de grands décollements brutaux de l'épiderme, il n'y a pas cet œdème diffus qu'on trouve dans l'eczéma ; on pourrait plutôt penser à une rétention sèche.

Dans les érythrodermies, les chlorures retenus servent à former l'œdème de la peau et du tissu sous-cutané. Une fois l'œdème disparu, on ne retrouve plus de trouble d'élimination des chlorures.

Il faut faire une place tout à fait spéciale aux rétentions chlorurées observées après des injections novarsénobenzoliques. Les injections de 914 produisent encore d'autres troubles qui se manifestent par des altérations des urines. Nous avons l'intention de continuer les recherches de ce côté-là.

Résumé

A) En soumettant des eczémateux à un régime contenant une quantité à peu près fixe de NaCl, nous croyons avoir démontré qu'il existe une rétention chlorurée, de durée et d'intensité faibles, servant à faire la spongiose histologique.

B) Nous avons retrouvé la rétention chlorurée décrite dans le pemphigus, mais nous ne pouvons pas y attacher l'importance signalée par quelques auteurs.

Bibliographie

A. — *Pemphigus et Maladie de Dühring-Brocq.*

Fodor. — *Orvosi Hetilap*, 1895 ; résumé *in Monatsh. f. Dermat.*, 24, 1897, 42.
Audry-Géraud-Dalous. — *Annales Dermat.*, 1901, 113.
Cassaet et Micheleau — *Arch. gén. Méd.*, 129, 1906.
Baumm. — *Arch. f. Dermat.*, 100, 1910, 105.
Stümpke. — *Arch. f. Dermat.*, 108, 1911, 467.
Kartamischew. — *Arch. f. Dermat.*, 143, 1923, 184.
Pokorny et Kartamischew. — *Arch. f. Dermat.*, 144, 1923, 481.

KARTAMISCHEW. — *Arch. f. Dermat.*, 146, 1924, 229.
KŒNIGSTEIN et URBACH. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, n° 16, 1924, 391.
KOBAYASHI. — *Jap. J. of Dermat.*, 25, 1925.
WEITGASSER. — *Derm. Zeitschr.*, 44, 1925, 328.
URBACH. — *Arch. f. Dermat.*, 150, 1926, 52.
KRISTIĆ. — *Arch. f. Dermat.*, 152, 1926, 81.
ULLMANN. — *Arch. f. Dermat.*, 152, 1926, 247.
MOREINIS et MEDVEDEV. — *Russk. Vestn. Dermat.*, 5, 1927 ; résumé *in Derm. Wochenschr*, 85, 1927, 1265.
BLATT. — *Dermat. Wochenschr*, 84, 1927, 99.
INOUYE. — *Jap. J. of Dermat.*, 27, 1927, 31.
CHATELLIER. — *Annales Dermat.*, 1927, 101.
BALBI et RAVALICO. — *Giorn. ital. Dermat.*, 69, 1928, 552.
ROSENTHAL. — *Klinitch. Medicina*, 1928 ; résumé *in Derm. Wochschr.*, 86, 1928, 785.
SABRAZÈS et TORLAIS. — *Le Pemphigus*, 1929, chez Doin à Paris.
FONROBERT. — *Arch. f. Dermat.*, 159, 1930, 343.
FERRARI et MIDANA. — *Giorn. ital. Dermat.*, fasc. I, 1932, 247.

B. — *Eczéma.*

SENIN. — *Derm. Wochschr.*, 87, 1928, 1142.
WALTCHEFF. — *Derm. Wochschr.*, 87, 1928, 1685.
BURGESS. — *Brit J. of Derm.*, 41, 1929, 6.
PATKANJAN. — *Russk. Vestn. Derm.*, 8, 1930 ; rés. *in Zentralblatt*, 36, 1931, 437.
NAVARRO et ARANGUENA. — *Act. Dermosifilogr.*, 23, 1031, 302 ; résumé *in Zentralblatt*, 38, 1031, 777
POPCHRISTOFF. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, n° 25, 1932.

C. — *Chlore de la peau.*

WAHLGREN. — *Arch. f. exp. Path.*, 61, 1909, 97.
PADTBERG. — *Arch. f. exp. Path.*, 63, 1910, 60.
SCHOLZ et HICKEL. — *Deutsch. Arch. Klin. Med.*, 112, 1913, 343.
LEVA. — *Zeitschrift Klin. Med.*, 82, 1916, 1.
ROTHSTEIN. — *Berl. Klin. Woch*, 44, 1920, 1053.
URBACH. — *Arch. f. Dermat*, 145, 1924, 220.

LA SÉANCE SPÉCIALE DES SARCOIDES DE LA RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG

Par Melle le Dr Alice ULLMO

La Réunion Dermatologique de Strasbourg vient de tenir (13 mai 1934) sa huitième séance spéciale, consacrée cette année aux « sarcoïdes » avec un succès peut-être encore plus grand que d'habitude et devant un nombreux auditoire de dermatologistes étrangers où dominaient les Belges, les Suisses (tous les professeurs suisses de dermatologie étaient présents), les Danois, les Suédois, les Hollandais. L'intérêt se maintint toute la journée, grâce à l'abondance et à l'importance des communications et des documents présentés et la séance de travail commencée à 9 heures et demie du matin, ne prit fin qu'à 7 heures du soir, coupée il est vrai par le traditionnel et cordial déjeuner offert par le Professeur Pautrier et où se retrouvent chaque année un nombre important d'amis de la Clinique de Strasbourg, heureux de cette occasion de se rencontrer.

Comme le fit remarquer M. Pautrier, depuis le Congrès de Copenhague, où avaient été présentés sous l'étiquette de « sarcoïdes » une série de malades offrant des aspects objectifs assez dissemblables, nombre de dermatologistes ne savaient plus au juste ce qu'il fallait entendre sous le nom de sarcoïde. Il était donc temps d'essayer de mettre de l'ordre dans ce sujet difficile. Les importants travaux poursuivis depuis longtemps sur la question par Jörgen Schaumann, et l'excellente monographie de Kissmeyer sur « la maladie de Bœck » devaient faciliter cette mise au point.

Dans une communication préalable sur *la façon dont doit se poser la question des sarcoïdes,* M. Pautrier exposa clairement le sujet et surtout facilita et canalisa les discussions qui devaient occuper la journée. Pour lui, en effet, s'il règne au sujet des sarcoïdes une confusion regrettable, c'est que tout d'abord on emploie un mot absurde, qui devrait être supprimé, et que sous ce vocable sans signification, ni étiologique, ni clinique, ni anatomo-pathologique, on a groupé des faits absolument disparates. Ces derniers doivent en réalité être groupés sous trois rubriques absolument différentes.

A une extrémité du groupe prend place ce que les auteurs français appellent « lupoïde miliaire ». Mais ici, M. Pautrier souligne un premier malentendu, cause d'erreur : Français et étrangers donnent à ce terme de lupoïde miliaire un sens absolument différent. Sous l'influence du *Précis* de M. Darier, les dermatologistes français rangent sous ce nom ce qu'ils considèrent comme une forme à petits éléments des sarcoïdes de Bœck, alors qu'en réalité il s'agit d'une forme de tuberculides ou même de tuberculose cutanée franche, et ils réservent le nom de « sarcoïde de Bœck » à la forme à gros nodules. Les écoles étrangères, au contraire, donnent indifféremment le nom de « lupoïde miliaire » à toutes les manifestations de la maladie de Bœck, quelles que soient leur forme et leurs dimensions. Si l'on supprime à un des pôles du groupe des sarcoïdes les lupoïdes miliaires qui sont une tuberculose cutanée, on trouve à l'autre pôle les sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy, qui sont un syndrome souvent tuberculeux, parfois syphilitique, mais qui manifestement n'ont rien à voir non plus avec la maladie de Bœck. Ces deux groupes étant exclus, il reste une grande dermatose qui correspond au lupus pernio de Besnier-Tenneson et aux sarcoïdes de Bœck, les deux se confondant, ou plutôt il reste une grande maladie générale, une maladie de système qui, à côté de la peau, envahit également les ganglions, le poumon, les os, les amygdales, les muqueuses et différents viscères. M. Pautrier propose de l'appeler « maladie de Besnier-Bœck » (lymphogranulomatose bénigne de J. Schaumann).

Cette mise au point de la question devait faciliter singulièrement les discussions et permettre, on va le voir, d'arriver à des résultats concrets.

Mais avant de quitter ce chapitre des généralités, signalons une remarquable communication de M. Darier, sur la nature des sarcoïdes qu'il considère comme un syndrome représentant des réactions d'un même type général, provoquées dans l'organisme par des causes multiples et des affections diverses, et une communication de MM. Nicolas et Gaté qui pensent que les lupoïdes miliaires doivent bien être considérées comme des tuberculides, mais que par contre il ne paraît pas absolument imposé par les faits de séparer complètement les sarcoïdes de Bœck, les sarcoïdes de Darier-Roussy et que l'expérimentation seule, pourra éclairer la question. Enfin le Professeur Halkin (de Liége) expose également une vue d'ensemble de la question.

La question des lupoïdes miliaires des auteurs français est ensuite reprise en détails par M. Pautrier à l'occasion de cinq malades atteints de cette affection, qu'il présente et étudie minutieusement au point de vue clinique et anatomo-pathologique. L'histologie est entièrement différente de celle des sarcoïdes de Bœck. Dans tous ses cas, M. Pautrier montre l'existence d'un gros nodule dermique avec nécrose centrale et paroi formée par une infiltration à cellules épithélioïdes, lymphocytes et abondantes cellules géantes. Le tableau est celui d'une tuber-

culose inflammatoire vraie. Cliniquement, les malades présentent des antécédents tuberculeux fréquents ; l'un d'entre eux a une tuberculose pulmonaire évolutive. L'intradermo à la tuberculine est positive. Dans un cas, le cobaye a été tuberculisé. M. Pautrier conclut en déclarant qu'il s'agit d'une tuberculose cutanée franche, d'origine hématogène.

Les Professeurs suisses présents : Miescher, Ramel, Nægeli, Du Bois, Lutz, ainsi que les Professeurs Zurhelle (de Groningen) et Stühmer (de Fribourg-en-Brisgau) reconnaissent dans ces faits ce qu'ils appellent le « lupus miliaire disséminé ». Ils reconnaissent toutefois que ce terme n'est pas heureux parce qu'il ne s'agit pas d'un lupus. Le Professeur Bertaccini (de Sienne) parlerait volontiers de tuberculides papulo-nécrotiques et Civatte d' « acnitis ». Mais Pautrier fait remarquer que ces deux termes sont impossibles parce que dans la lupoïde miliaire des auteurs français l'ulcération à l'emporte-pièce ne se produit presque jamais. Il constate par contre avec plaisir, après avoir consulté l'assemblée, que quelle que soit la terminologie adoptée, l'accord est unanime pour retirer ce premier groupe de celui des sarcoïdes et le rattacher à celui des tuberculides ou de la tuberculose cutanée franche. C'est un grand pas de fait et le terrain se trouve déjà déblayé.

Abordant ensuite le second point du programme, M. Pautrier a l'heureuse fortune, rare on en conviendra dans nos climats, de pouvoir présenter cinq malades atteintes de ce qu'il propose d'appeler désormais « maladie de Besnier-Bœck » (sarcoïdes de Bœck, lymphogranulomatose bénigne de Schaumann). Il s'agit de cinq femmes ; toutes ont des manifestations multiples sur le visage et sur le corps. Toutes ont fait l'objet de plusieurs biopsies. Les lésions histologiques sont superposables d'un cas à l'autre et sont constituées par de gros nodules ou de gros cordons dermiques de cellules épithélioïdes auxquelles s'ajoutent en plus ou moins grande abondance des lymphocytes ; les cellules géantes font à peu près régulièrement défaut. Quand les nodules siègent profondément et envahissent l'hypoderme, celui-ci se laisse pénétrer passivement et la cellule adipeuse ne présente pas ces réactions caractéristiques qui sont de règle dans les sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy. Les deux types sont donc, histologiquement, séparés. Mais ils le sont encore plus par la clinique. M. Pautrier projette en effet des radios des poumons de ses malades, montrant des adénopathies hilaires, et dans trois cas les poumons sont criblés de petites taches floues formant une « tramite ». Des adénopathies périphériques existent également. Dans trois cas, le ganglion épitrochléen enlevé, se montre envahi par des nappes de cellules épithélioïdes. La maladie de Besnier-Bœck est donc bien une affection générale, une maladie de système.

Kissmeyer (de Copenhague) expose à son tour la question ; il insiste sur les localisations de l'affection aux muqueuses, aux conjonctives, aux ganglions et à différents viscères. MM. Hudelo et Rabut reprennent la dénomination de sarco-lupus pernio proposée par Chatellier et con-

sidèrent comme très probable sa nature tuberculeuse. Beintema (de Groningen) délimite le groupe des sarcoïdes en recherchant l'aspect histologique et l'insensibilité relative à la tuberculine. Le Professeur Ramel (Lausanne) présente deux observations. Dans la première (pour laquelle il adopte aussitôt le terme de maladie de Besnier-Bœck proposé par Pautrier), il s'agit d'un jeune homme atteint d'iritis tuberculeuse, qui voit apparaître des nodules dermiques lenticulaires concomitants de cicatrices anétodermiques ; l'examen histologique confirme le diagnostic de sarcoïdes dermiques et la nature tuberculeuse des lésions cutanées est démontrée par l'inoculation au cobaye. Dans la seconde, il s'agit d'une association d'angio-lupoïde de Brocq-Pautrier, de sarcoïdes dermiques de type Bœck et d'une coxite bilatérale chronique de type particulier.

Les lésions des muqueuses sont exposées par Svend Lomholt (de Copenhague). Elles consistent en nodules disséminés ou agminés, ou en catarrhe avec croûtes et érosions, ou en hypertrophie secondaire fibreuse oblitérante. L'histologie est celle des lésions cutanées, remaniée toutefois par un infiltrat lymphocytaire plus abondant.

L'étude des lésions osseuses est faite dans un sens différent par P. Chevallier, puis par Jens Nielsen (de Copenhague). Pour Chevallier, la « polydactylite pseudo-kystique pure » constitue un syndrome essentiellement radiologique, dû au développement intra-osseux de multiples foyers inflammatoires nodulaires chroniques. On peut rencontrer ce syndrome au cours de la syphilis, de la lèpre, mais surtout de tuberculoses cutanées. Elle peut aussi être primitive et constituer alors une affection isolée particulière. Jens Nielsen projeta une série de films pulmonaires et osseux, représentant une iconographie d'une richesse impressionnante. Il conclut en déclarant que les sarcoïdes de Bœck ont, dans le système osseux, malgré des variétés morphologiques, un aspect typique et des manifestations souvent pathognomoniques. Un point frappa particulièrement les assistants, dans ces projections : c'est la possibilité pour ces lésions kystiques osseuses prononcées, d'aboutir à une réparation totale. Pour Nielsen, les altérations pulmonaires sont moins caractéristiques, mais montrent néanmoins une entité assez typique. Les recherches radiographiques lui paraissent parler en faveur de la conception d'un granulome spécifique dont les manifestations cliniques le rapprocheraient plutôt de la lèpre que de la tuberculose.

Avant d'aborder l'étude de l'anatomie pathologique des sarcoïdes, M. Pautrier présente deux cas d'une extraordinaire difficulté de diagnostic et qui, par certains côtés, se rapprocheraient de la maladie de Besnier-Bœck. Le premier est celui d'un malade qui présenta une éruption quasi-confluente de sarcoïdes dermiques noueuses disséminées du cuir chevelu, de la face, de tout le tronc, à évolution rapide, s'accompagnant de grosses adénopathies généralisées, de lésions pulmonaires (tramite des deux poumons), de lésions osseuses, d'hypertrophie de la

rate et du foie ; la mort survint en moins de deux ans. Le second est celui d'un malade faisant des sarcoïdes dermiques circinées, puis ultérieurement des adénopathies généralisées et une tumeur du médiastin. Les deux cas se rapprochaient de la maladie de Besnier-Bœck, mais s'en différenciaient par de nombreux points. L'histologie ne permettait pas d'en faire non plus une lymphogranulomatose maligne. Après une discussion à laquelle participèrent MM. Chevallier, Joltrain, Fernet et Oberling, qui fit à ce propos une communication sur les « réticuloses », on admet qu'il s'agit vraisemblablement de types nouveaux de réticulo-endothélioses. Ces faits démontrent en tout cas la complexité de la question.

L'anatomie pathologique des sarcoïdes fut étudiée d'abord par Kissmeyer. Il insista sur l'uniformité qu'elle présente au niveau de toutes les localisations et qui permet de parler d'une « structure sarcoïdique » du tissu, composé de cellules épithélioïdes sans nécrose et sans réaction lymphocytaire du tissu environnant. Cette structure se retrouve dans les lésions de la peau, des muqueuses, des ganglions et de tous les organes atteints. L'histologie des sarcoïdes est pour Kissmeyer un des arguments les plus puissants en faveur d'une entité morbide pour les sarcoïdes. Pautrier croit au contraire que l'histologie du type sarcoïde n'a rien de spécifique et il montra un cas de lèpre où les lésions présentent le tableau histologique d'une sarcoïde typique. Dupont (d'Anvers) présenta dans le même esprit un cas de sarcoïde due à des *Leishmania*.

L'étiologie fut discutée d'abord par Jörgen Schaumann, dont on connaît les beaux travaux poursuivis depuis longtemps sur la question et qui ont abouti à sa conception d'une lymphogranulomatose bénigne. Il élimine du cadre de cette dernière les « tuberculides lupoïdes miliaires », le chilblain-lupus de Hutchinson, les sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy, le granulome annulaire et les syphilides à type sarcoïde. Dans plusieurs cas de sa lymphogranulomatose bénigne, il est parvenu à cultiver du bacille de Koch de type bovin. Il est donc partisan de l'origine tuberculeuse et aurait tendance à faire jouer un rôle aux formes filtrantes du bacille. Il insiste enfin sur l'importance du rôle joué par le terrain : c'est ainsi que parallèlement à la disparition de l'anergie tuberculinique et à l'évolution d'une tuberculose classique, il a vu guérir spontanément les lésions de la lymphogranulomatose bénigne.

Kissmeyer pense que les arguments en faveur de la tuberculose ne sont pas probants et que l'affection a plus de ressemblance avec la lèpre. Il conclut en déclarant que la maladie de Besnier-Bœck est une infection spécifique, un granulome infectieux chronique assez bénin, de virus encore inconnu.

Ramel, par contre, apporte une observation confirmant la théorie de Schaumann : celle d'un lupus pernio dû à un bacille bovin et

Werner Jadassohn (de Zurich) plaide également en faveur de la théorie tuberculeuse.

M. Pautrier termine cette étude clinique, histologique et étiologique, en ouvrant la discussion, tout d'abord sur la conception du groupe des sarcoïdes dermiques, puis sur leur étiologie.

En ce qui concerne la constitution du groupe, l'accord se fait unanime. La dénomination de maladie de Besnier-Bœck est généralement adoptée ; les auteurs nordiques s'y rallient. Il est entendu qu'on ne désignera plus sous ce terme qu'une maladie générale se manifestant à la fois au niveau de la peau et du système réticulo-endothélial : ganglions, poumons, muqueuses, os, viscères. Civatte, Kissmeyer, Joltrain se rattachent expressément à ce point de vue.

En ce qui concerne l'étiologie, les conclusions sont réservées. Si l'origine tuberculeuse paraît probable, elle n'entraîne pas encore la conviction et l'infection à virus spécial garde ses défenseurs.

Les communications que nous venons de résumer, bourrées de faits, de documents, accompagnées de projections du plus haut intérêt, les discussions fructueuses qui les avaient commentées avaient ainsi mené à la fin de l'après-midi, sans que l'intérêt eût faibli, malgré le travail soutenu.

La question du *traitement* ne put plus être discutée. Svend Lomholt apporta cependant d'intéressants résultats obtenus par des injections d'anti-léprol.

La question des *sarcoïdes hypodermiques* qui clôturait le programme ne put être utilement abordée. Elle comportait cependant d'intéressantes communications du Professeur Bertaccini (de Sienne), de Beintema (de Groningen), de Gougerot, de Weissembach, Bulliard et Martineau, enfin de Joltrain. L'heure avancée n'en permit pas la discussion.

Au total, si nous en croyons les impressions qu'échangeaient les assistants au moment d'aller dîner, la journée des sarcoïdes fut fructueuse puisqu'elle permit d'aboutir à des conclusions pratiques et de mettre au point une question embrouillée : séparation des lupoïdes miliaires des auteurs français qui doivent être rattachées à la tuberculose cutanée franche, maintien des sarcoïdes hypodermiques en syndrome séparé, fréquemment d'origine tuberculeuse, parfois d'origine syphilitique, et entre les deux, la maladie de Besnier-Bœck, maladie de système, définie non plus par ses manifestations cutanées seules, mais encore par ses manifestations générales, son étiologie devant encore faire l'objet de recherches ultérieures.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1934.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Classification des syndromes éléphantiasiques recto-ano-génitaux, par H. Gougerot et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 3, mars 1934, p. 161.

Ces éléphantiasis ne représentent pas une entité morbide, mais des syndromes cliniques différents relevant de causes variées. Il faut distinguer :

1° Le syndrome ano-rectal de Fournier qui ne s'accompagne ni d'éléphantiasis, ni d'abcès, ni de fistules, ni de placards végétants, qui guérit par le traitement lorsque les lésions ne sont pas trop avancées.

2° Les syndromes éléphantiasiques ulcéreux et fistuleux avec ou sans placards végétants sont des syndromes dus à des causes différentes. Dans leurs anciennes observations, ils relèvent de la tuberculose dans 50 o/o, des nocardoses dans 30 o/o. Restent 20 o/o de cas d'étiologie indéterminée. La réaction de Frei a montré que la plupart de ces cas relèvent de la maladie de Nicolas-Favre.

3° Éléphantiasis génitaux, sans abcès, sans ulcération ni fistules, sans placards végétants qui peuvent être tuberculeux, mais semblent devoir relever le plus souvent d'infection streptococcique et de traumas locaux.

La réaction de Frei a éclairé bien des obscurités mais des études étiologiques sont encore à poursuivre, d'où dépend le pronostic et le traitement.

H. Rabeau.

Etude clinique et chimique de la réaction d'Abelin, par A. M. Levine et L. A. Neradow. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 3, mars 1934, p. 177.

La méthode colorimétrique permettant de doser le salvarsan a été établie en 1911 par Abelin. Les auteurs ont étudié la valeur de cette épreuve, douée d'une grande sensibilité et d'une spécificité vis-à-vis des produits du type salvarsan et néosalvarsan. L'élimination urinaire qui débute presque immédiatement après l'introduction du produit, atteint rapidement son maximum et décroît ensuite avec la même allure,

quelquefois par progression plus lente. Après quoi on observe de temps en temps des décharges isolées, par à-coups, qui peuvent s'étendre sur une période assez longue. La durée de l'élimination varie dans d'assez larges mesures. Cette dernière dépend tant de la dose introduite que de la période de la syphilis. L'individualité de l'organisme et son état général jouent un rôle important dans l'élimination. L'observation de la marche de l'élimination dans les cas de dermatites salvarsaniques tardives, indiquerait que la rétention du néo dans l'économie pourrait être la cause de ces dermatites. Le tréparsol et l'olarsol sont éliminés régulièrement. H. Rabeau.

Association de blennorragie et de poradénite inguinale, par J. Lacassagne et F. Lebeuf. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, mars 1934, p. 201.

Le malade, ancien syphilitique, a présenté, au cours d'une blennorragie uréthrale à gonocoques, une adénite inguinale suppurée bilatérale, différente de celle qu'on observe habituellement dans la maladie de Nicolas-Favre : suppuration en masse d'un ganglion cliniquement unique et collection en une seule poche fluctuante, sans adénite iliaque, sans trace de chancre lymphogranulomateux. L'intradermo-réaction au Dmelcos a été négative. La réaction de Frei avec plusieurs antigènes a été négative. Le pus d'un de ces bubons a fourni un bon antigène, chez d'autres porteurs de poradénite. L'examen histologique d'un ganglion a confirmé le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

La période présérologique de la syphilis, par C. Simon. *Bulletin Médical*, 48e année, n° 10, 10 mars 1934, p. 145.

S. fait remarquer tout ce qu'a de théorique cette période présérologique, correspondant à la période qui s'étend depuis le chancre jusqu'à l'apparition d'une séro-réaction. La durée a été diminuée à mesure que la sensibilité des méthodes sérologiques augmentait. Il n'y a donc pas lieu de faire, au point de vue thérapeutique, une différence aussi grande entre la durée d'un traitement suivant qu'il est commencé avant ou après l'apparition des réactions sérologiques. H. Rabeau.

Pour le traitement externe des eczémas, par Carle. *Bulletin Médical*, 48e année, n° 11, 17 mars 1934, p 159.

Sans négliger systématiquement les médications internes, dont certaines lui ont donné d'heureux résultats, C. estime qu'on ne doit pas s'en tenir à leur seul emploi. Les traitements externes permettent de calmer la congestion dermique, de diminuer rapidement le prurit, de soulager les malades et souvent de guérir des eczémas en un temps très court. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Syphilis décapitée par transfusion sanguine, par P. Carnot, Caroli et Maison. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 50e année, n° 9, 19 mars 1934, p. 411.

Chez un typhique très déprimé par une série d'hémorragies digestives profuses, ont été faites plusieurs transfusions sanguines, les premières avec un donneur non suspect, la quatrième (en raison de l'urgence) avec un donneur d'occasion chez lequel on constata ultérieurement un Bordet-Wassermann fortement positif. Après une période de troubles vagues apparaît au 80e jour une roséole généralisée, des plaques muqueuses, une adéno-spléno-hépatomégalie, une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. H. Rabeau.

A propos de la syphilis et du paludisme après transfusion, par M. Pinard. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 3e série, 50e année, n° 9, 19 mars 1934, p. 416.

Par la transfusion sanguine nous pouvons inoculer la plupart des maladies, il faut donc redoubler de précautions en choisissant les donneurs. L'addition de cyanure de mercure que l'on pensait capable de stériliser le sang, n'empêche ni la transmission de la tierce, ni celle de la syphilis. H. Rabeau.

Un cas de polynévrite et d'érythème aurique, par Tzanck, S. Pautrat et H. P. Klotz. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 50e année, n° 9, 19 mars 1934, p. 432.

Observation d'une jeune fille traitée pour un érythème induré de Bazin par l'allochrysine à doses progressives, qui reçoit en tout 90 centigrammes. Trois semaines après l'arrêt du traitement apparaît une érythrodermie presque généralisée de type œdémato-vésiculeux, et une polynévrite à maximum algique ayant duré deux mois.

H. Rabeau.

L'avenir et la descendance des énurétiques qui n'ont pas reçu de traitement antisyphilitique, par M. Pinard. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 50e année, n° 10, 26 mars 1934, p. 440.

P. a montré que les énurétiques étaient prédisposés aux grosses tares nerveuses ou psychiques, qu'ils présentaient souvent des malformations congénitales et que souvent leur descendance ou celle de leurs collatéraux était souvent une descendance maudite. Il publie quatre nouvelles observations familiales de ces faits. Puisqu'on possède les armes nécessaires pour modifier puissamment les générations à venir, on aurait tort de négliger des signaux d'alarme longtemps méconnus comme l'énurésie. — Pichon pense, au contraire, que la syphilis n'est pas la

seule cause de l'énurésie, et que seule elle puisse créer cette manifestation morbide. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Les stomatites mercurielles et bismuthiques : leur traitement par la trypaflavine, par L. Gerson. *Journal de Médecine de Paris,* n° 13, 29 mars 1934, p. 277.

Après avoir indiqué les signes précoces des stomatites médicamenteuses, car il est important de les traiter à leur début, G. montre les heureux résultats des pastilles de trypaflavine qui semble agir par son pouvoir colorant vital. H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

Le soufre et la nutrition, par L. Bory. *Presse Médicale,* 42e année, n° 18, 3 mars 1934, p. 348.

Dans cette belle revue générale, B. montre la place et le rôle élémentaire du soufre dans la molécule vivante. Le rôle a pu être comparé à celui d'un catalyseur, mais il s'agit plutôt d'un rôle de balancier, d'un frein ralentissant la vitesse des combustions en leur donnant libre cours, suivant les besoins de l'organisme en capital carbo-azoté. Il étudie le métabolisme du soufre, et les troubles de la nutrition soufrée : cystinurie, carences soufrées et hypernutritions soufrées ; questions complexes qu'il s'est efforcé de schématiser. H. Rabeau.

Erythème noueux et tuberculose, par L. Morquio. *La Presse Médicale,* 42e année, n° 21, 14 mars 1934, p. 409.

M. a pu observer 58 cas d'érythème noueux ; ses malades ont été l'objet d'études cliniques, mais aussi radiologiques, bactériologiques. Les antécédents bacillaires des malades ont été soigneusement recherchés, les cuti-réactions à la tuberculine faites. Il conclut que vraisemblablement l'érythème noueux n'est pas produit par le bacille de Koch, mais par des formes jeunes ou filtrables de ce bacille. Acceptant la nature tuberculeuse de cette maladie, et d'accord avec la clinique, il pense que les enfants atteints d'érythème noueux doivent être soignés et surveillés, car il faut, chez eux, tenir compte de la possibilité d'une aggravation ou d'une généralisation du processus bacillaire.

H. Rabeau.

Bacillémie tuberculeuse et tuberculose cutanée, par P. Courmont, J. Gaté et P.-J. Michel. *La Presse Médicale,* 42e année, n° 25, 28 mars 1934, p. 497.

Les auteurs ont pratiqué des hémocultures suivant la technique de Löwenstein et en même temps étudié le pouvoir agglutinant, la déviation du complément, la réaction de Vernes à la résorcine, sur 15 mala-

des. 8 cas à hémoculture positive (4 fois des bacilles à l'examen direct), 7 cas négatifs. Un cas de tuberculose verruqueuse associée à un lupus des muqueuses a donné une hémoculture positive ; sur 3 lupus tuberculeux, un seul a donné une hémoculture positive, un lupus mixte érythémato-nodulaire a donné une hémoculture négative ; sur 4 lupus érythémateux, 3 hémocultures positives ; un érythème induré et un érythème noueux ont présenté une hémoculture positive ; 2 érythèmes polymorphes ont donné une hémoculture négative ; enfin, sur 2 psoriasis un a donné une hémoculture positive. La déviation du complément pratiquée dans 13 cas s'est montrée assez constamment négative (10 cas). La réaction de Vernes à la résorcine a été positive 2 fois sur 5 cas. L'agglutination s'est montrée nulle ou faible dans la plupart des cas.

L'hémoculture sur milieu de Löwenstein est donc capable de fournir au dermatologiste des résultats intéressants, et, s'ajoutant aux autres méthodes d'investigation, pourra aider à délimiter le champ de la tuberculose cutanée. H. RABEAU.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Contribution à l'étude de l'étiologie des vraies et des fausses blastomycoses, spécialement de la maladie de Gilchrist (Zur Ætiologie der echten und falschen Blastomykosen, besonders der Gilchristschen Krankheit), par M. OTA et Sh. KAWATSURE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 149, 11 fig.

Travail sur les vraies et fausses blastomycoses, spécialement sur la maladie de Gilchrist. Les auteurs concluent : 1° les vraies blastomycoses sont dues aux levures à asques et sans asques. Les genres pathogènes pour l'homme sont parmi les levures à asques les *Saccharomyces*, *Debaryomyces* et *Willia*. Il semble qu'il faut dénommer les espèces qui ne forment pas de mycéliums ni d'ébauches de mycéliums : *Torulopsis Berlese* ; 2° les soi-disant oïdiomycoses (souvent dénommées aussi blastomycoses) ne sont pas des maladies à étiologie uniforme. La soi-disant maladie de Gilchrist (appelée aussi blasto- ou oïdiomycose américaine) est produite par deux agents pathogènes différents qui n'ont rien de commun avec les levures. L'un est l'*Aleurioma tulanense* (Castellani, 1926) et dont les synonymes sont : *Blastomycoides tulanensis* Castellani ; *Glenospora Gammeli* Pollacci et Nannizzi, 1927. L'autre agent pathogène est le *Scopulariopsis americana* Ota, 1926. Castellani avait décrit encore un troisième champignon qui provoque la maladie de Gilchrist, le *Blastomycoides langinosus*, mais dont le caractère mycologique n'est pas encore nettement défini ; 3° D'autres espèces des genres *Geotrichum* (*Oidium* dénommé aussi *Mycoderma*) peuvent aussi produire chez l'homme des lésions analogues à celles de la blastomycose, mais il ne faut pas les confondre avec les vraies blastomycoses, ni avec la maladie de Gilchrist. On n'a jamais observé chez l'homme de lésions

dues au soi-disant *Cryptococcus farcinimosus*, agent pathogène de la lymphangite épizootique ; 4° Il est difficile de déterminer la place taxonomique du *Coccidioides immitis*, mais il semble être apparenté au genre *protomyces*. Ce champignon produit sur les milieux ordinaires des aleuries et des chlamydospores ; 5° La soi-disant chromoblastomycose, dont le nom ne semble pas justifié, est produite par deux espèces de champignons : dont l'une est le *Phialophora verrucosa* Thaxter et l'autre le *Trichosporium Pedrosoi* (Brumpt).

Olga Eliascheff.

Recherches expérimentales sur l'animal relatives aux agents pathogènes des blastomycoses dénommées américaines : Scopulariopsis americana, Aleurisma tulanense et Coccidioides immitis (Fierexperimentelle Untersuchungen ueber die Erreger von sogenannten amerikanischen Blastomykosen), par Shûji Kawatsure. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 173, 11 fig.

Recherches expérimentales sur les soi-disant blastomycoses américaines avec examens histologiques des organes. L'auteur conclut que les inoculations des champignons : *Scopulariopsis americana, Aleurisma tulanense* ou *Coccidioides immitis* aux souris, aux rats blancs, aux cobayes et aux lapins (injections sous-cutanées, intrapéritonéales et intraveineuses) peuvent provoquer des modifications pathologiques plus ou moins graves, mais l'*Aleurisma tulanense* est le moins pathogène. Les différentes espèces animales agissent différemment : pour la souris et le lapin, la *Scopulariopsis americana* est le champignon le plus virulent ; le cobaye et le lapin réagissent le plus fortement aux *Coccidioides immitis* et le cobaye aussi à l'*Aleurisma tulanense*.

Presque toutes ces espèces de champignons produisent (expérimentalement) des lésions histologiques analogues : des nodules à structure tuberculoïde avec un foyer de nécrose ou un micro-abcès central avec du tissu de granulation riche en cellules épithélioïdes et en cellules géantes à la périphérie. Les champignons attaquent surtout les poumons, ensuite la rate, le foie, les reins et les ganglions lymphatiques. Ils se localisent dans les foyers nécrotiques ou dans le tissu de granulation à la périphérie des nodules et alors on les trouve dans les cellules épithélioïdes et géantes. La *Scopulariopsis americana* et l'*Aleurisma tulanense*, les deux agents pathogènes de la soi-disant maladie de Gilchrist, se présentent dans les coupes sous forme de levures arrondies, de 10-16 µ de diamètre, avec une membrane externe à contour très net, une zone annulaire interne, difficilement colorable et une masse arrondie et protoplasmique centrale. Mais les recherches histologiques ne suffisent pas pour la distinction de ces champignons, les cultures sont nécessaires. Par contre, on peut facilement reconnaître les lésions produites par le *Coccidioides immitis*, car le champignon s'y trouve sous forme de cystospores, mais dans les expériences sur l'animal, il peut aussi se rencontrer sous forme de simples levures. La maladie produite

par ce dernier champignon a une évolution plus grave que celle provoquée par les deux espèces nommées ci-dessus.

OLGA ELIASCHEFF.

Lésions cutanées dans la lymphadénie aleucémique avec transformation en lymphosarcomatose (Hauterscheinungen bei aleukæmischer in Lymphosarkomatose übergehender Lymphadenose), par G. RIEHL jun. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 200, 4 fig.

Description d'un cas de lymphadénie aleucémique chez un homme de 48 ans. Le malade présenta un exanthème papuleux étendu à côté de nodules leucémiques assez volumineux. On trouva à l'autopsie, à côté de lésions typiques leucémiques, un lymphosarcome d'une amygdale et de la paroi du pharynx. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'étude actuelle de la sérologie dans la blennorragie (Zum heutigen Stande der Serologie der Gonorrhœe), par H. NAGELL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 212.

L'auteur conseille de pratiquer la réaction d'immunité de Meinicke pour la blennorragie à côté de la réaction de fixation du complément. Elle est plus sensible, mais aussi moins spécifique, que cette dernière (petite différence). La sensibilité peut être encore augmentée si on utilise le *Compligon* comme antigène. La technique est beaucoup plus simple que celle employée ordinairement pour la gono-réaction.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la réaction cutanée dans la blennorragie (Zur Frage der Go-Cutireaktion), par K. H. VOHWINKEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 216.

Les recherches faites par l'auteur sur la peau humaine avec des vaccins de gonocoques vivants (par des injections intradermiques sur 100 sujets) ont montré que les réactions n'ont aucune valeur spécifique et qu'elles sont inutilisables pour le diagnostic. Les épreuves avec le blenotest et le compligon n'ont pas confirmé les bons résultats publiés. OLGA ELIASCHEFF.

Tuberculose cutanée humaine et bovine (Humane und bovine Hauttuberkulose), par KONRAD STURZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 220.

Description détaillée de 21 cas de tuberculose cutanée observés, pendant les 15 dernières années à l'Université de Kiel. Dans un cas, on cultiva en partant de deux foyers différents des bacilles de Koch des types bovin et humain. A côté de lésions cutanées, on constata chez les sujets atteints de bacilles du type humain, d'autres lésions tuberculeuses (lésions osseuses, otite, tuberculose pulmonaire). Les lésions tuberculeuses d'autres organes furent, chez des sujets contaminés par le bacille du type bovin, peu importantes ; mais les lésions cutanées furent plus

malignes et montrèrent peu de tendance à la cicatrisation. Les réactions de Pirquet furent de la même intensité dans les deux groupes. Les séroréactions (Wassermann, Sachs-Georgi et Sachs-Witebski) furent négatives chez tous les malades.

L'auteur recommande pour le traitement local le pyrogallol combiné avec l'excision qui lui a donné les meilleurs résultats. A côté du traitement local, S. utilisa la tuberculine, les rayons ultra-violets, les rayons de Röntgen et le régime de Sauerbruch-Hermanndorfer-Gerson.

Olga Eliascheff.

Maladies cutanées dues à l'hypersensibilité vis-à-vis des combinaisons d'alcool-éther du groupe aliphatique chez les vernisseurs (Ueberempfindlichkeitserkrankungen der Haut durch Alkoholesterverbindungen der aliphatischen Alkoholreihe im Lackierberuf), par W. Engelhardt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 236.

Observation d'un cas d'eczéma chronique récidivant des deux mains et des avant-bras chez un vernisseur travaillant avec des solutions de laque contenant de la nitrocellulose. Cette dernière solution, appliquée sur la peau saine et sur les endroits malades, ne provoqua de lésions que sur la peau malade. L'auteur conclut que les alcools-éthers (les acétates) peuvent provoquer une hypersensibilité cutanée ainsi que des eczémas ; les lésions sont cliniquement identiques à celles de la gale des polisseurs. La térébenthine provoqua sur la peau normale des réactions eczémateuses, tandis que la peau autrefois atteinte la supporta sans aucune réaction. Cette désensibilisation spontanée des territoires cutanés en contact prolongé avec un allergène eczématogène a été souvent observée par l'auteur et c'est surtout le cas pour l'huile de térébenthine.

Olga Eliascheff.

Recherches sur l'épidermophytie des pieds et des mains à Amsterdam (Untersuchungen ueber die Epidermophytie der Füsse und Hände in Amsterdam), par G. Cremer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 244, 6 fig.

L'auteur apporte les résultats de l'examen de 75 sujets atteints d'épidermophytie des pieds et des mains, résultats qui confirment l'opinion de W. Jadassohn et de Peck sur les épidermophytides. Dans cinq cas, il existait un exanthème généralisé et dans un cas une leuconychie épidermophytique. L'épidermophytie des pieds est très répandue à Amsterdam : on la rencontre non seulement chez les employés des piscines, mais aussi chez les étudiants : sur 50 sujets, 7 présentaient une épidermophytie des pieds. L'agent pathogène de cette épidermophytie fut *une* fois un épidermophyton inguinal (sur 15 sujets), dans les autres cas un épidermophyton blanc ou blanc jaunâtre. Description mycologique détaillée de ce champignon blanc (3 espèces) qui n'est pas identique avec les variétés du champignon de Kauffmann-Wolf.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la pathogénie des épidermophyties et des trichophyties des pieds et des mains avec considération spéciale sur les lésions cutanées eczématoïdes et les résultats obtenus par la culture dans 732 cas (Zur Pathogenese der Epidermophytien und Trichophytien der Hænde und Füsse unter besonderer Berücksichtigung der ekzematoiden Hautveränderungen mit Kulturergebnissen von 732 Fällen), par P. W. Schmidt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 259, 9 fig.

Résultats des recherches de champignons par culture dans 732 cas de lésions cutanées dyshidrosiformes et eczématoïdes. L'auteur a pu cultiver les champignons dans 73 o/o des cas sur 243 sujets atteints de dyshidrose et de lésions squameuses aux pieds et il propose pour la dyshidrose mycosique la dénomination « pseudo-dyshidrose ». On obtient le plus souvent la culture des hyphomycètes des lésions plantaires (seulement 18 o/o de résultats négatifs) et plus rarement des lésions lamelleuses des orteils (30 o/o négatifs). On trouve aussi, quoi que rarement, des champignons dans les eczémas circonscrits. L'agent pathogène fut, dans la série examinée, le champignon de Kaufmann-Wolf (dans plus de 77 o/o des cas), ensuite l'épidermophyton inguinal (19 o/o) et le trichophyton (2,4 o/o. Les épidermophyties hyperkératosiques sont rares et elles sont fréquemment produites par les trichophytons.

L'auteur a pu démontrer dans les squames la présence de champignons chez deux sujets atteints de lésions généralisées pityriasiformes du tronc et des bras, lésions ayant débuté aux pieds et il admet une dissémination du champignon par voie sanguine.

Les lésions dans l'épidermophytie des mains sont beaucoup plus polymorphes, l'auteur en distingue dix groupes. Il a cultivé dans 23,9 o/o des cas examinés (469 sujets) un hyphomycète, qui fut dans 60 o/o des cas cas le champignon de Kaufmann-Wolf, dans 10 o/o l'épidermophyton inguinal et dans 28 o/o un trichophyton ou un achorion. Dans les 10 groupes l'auteur distingue : 1° l'*erosio interdigitalis* : sur 5 cas 2 cultures positives (champignon de Kaufmann-Wolf) ; 2° *Epidermophytia pseudo-dyshidrotica* : ces lésions se présentent cliniquement comme la dyshidrose. Sur 9 cultures, 4 furent positives (épidermophyton). La présence relativement fréquente de champignons dans les lésions des dyshidrose parle en faveur de la rareté de la vraie dyshidrose ; 3° épidermophytie sèche lamelleuse : on y trouve très facilement des champignons (aux pieds et aux mains) ; 4° et 5° *Epidermophytia pseudo-dyshidrotica eczematiformis digitalis* et *palmaris* : présence de champignons (Kaufmann-Wolf, épidermophyton inguinal et trichophyton) dans un tiers des cas examinés (172 malades) ; 6° l'*Epidermophytia tylotica palmaris* est provoquée par un trichophyton. Chaque kératose palmaire à début tardif doit, d'après l'expérience de l'auteur, faire penser à une mycose ; 7° des lésions hyperkératosiques à petits foyers peuvent, quoique rarement

aussi contenir des champignons ; 8° et 9° l'*Epidermophytia* et la *trichophytia eczematiformis* correspondent aux eczémas circonscrits et trichophytoïdes. Présence de champignons : pour le premier groupe, dans 20 o/o des cas, pour le second dans 10 o/o (sur 183 cas) ; 10° épidermophytie masquée par une dermite : dans 10 o/o sur 20 cas, présence de champignons.

D'après les résultats obtenus, les lésions mycosiques des pieds et des mains ne sont pas plus fréquentes que celles uniquement des mains, mais les lésions de la pseudo-dyshidrose eczématisée sont le plus souvent combinées avec celles des pieds. Il faut faire rentrer dans le groupe des « épidermophytides » les lésions de la pseudo-dyshidrose, celles ressemblant aux dermites et peut-être aussi les lésions eczématiformes et squameuses produites très souvent par l'apport de champignons par voie sanguine ; la présence de ces champignons est difficile à démontrer, car ils ne restent pas assez longtemps fixés. D'autre part, il est possible aussi que les lésions de la pseudo-dyshidrose soient dues à des toxines venant des champignons ou des produits d'inflammation secondaire ; en faveur de cette hypothèse parlent les réactions négatives à la trichophytine.

Olga Eliascheff.

Sur la question de la préservation par la rougeole vis-à-vis du psoriasis (Zur Frage des Masernschutzes gegen Schuppenflechte), par Karl Hœde. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 295.

Réponse à l'article de Klein et Steiner : « Sur la pathogénie du psoriasis, le rôle de la rougeole dans son développement » (*Arch. f. Derm.*, CLXVII, 1932). L'auteur ne peut confirmer l'opinion que la rougeole préserve contre le psoriasis ou que ce dernier soit influencé par la rougeole. Un psoriasis peut provisoirement disparaître ou même s'aggraver s'il est compliqué d'une rougeole ou d'une autre éruption cutanée, ou de troubles du métabolisme basal, etc.

Olga Eliascheff.

Résultats du traitement de la syphilis pendant les années 1910 à 1930 dans la documentation de la clinique de la Faculté de Iéna et des dispensaires de l'assistance publique de Thuringe pour le traitement des maladies vénériennes (Die Ergebnisse der Syphilis behandlung in den Jahren 1910 bis 1930, dargestellt am Material der Jenaer Univ-Klinik und der Thür Arbeitsgemeinschaft für die Behandlung Geschlechtskranker), par B. Spiethoff. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 299.

Statistique des résultats obtenus par les différentes thérapeutiques spécifiques dans le traitement de la syphilis à la clinique dermatologique de Iéna et dans les dispensaires pendant les années 1910 à 1930.

Olga Eliascheff.

Noma ou gangrène ressemblant au noma (Noma oder nomaähnliche Gangræn), par A. Jordan et R. Rydnik. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 2, 1933, p. 340.

Observations de deux cas de noma, dont un faisant penser à une gangrène à forme de noma. Le premier malade, un sujet d'un an, du sexe masculin, fut atteint à la suite d'une diphtérie d'une ulcération profonde du lobule d'une oreille et guérit rapidement par des applications locales d'iodoforme. Le second malade, âgé de 11 mois et demi présenta, à la suite d'une rougeole compliquée de côlite et de bronchopneumonie, plusieurs ulcérations de la face dont une très profonde. Mort par néphrite et pneumonie 54 jours après le début de l'ulcération. Discussion sur le diagnostic différentiel du noma et des ulcérations dues à la septicémie.

OLGA ELIASCHEFF.

Métastases pulmonaires dans le dermatofibrosarcome protuberans (Lungen metastasen beim Dermatofibrosarcoma protuberans), par Rudolf BEZECNY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 347, 4 fig.

L'auteur constata, dans un cas de dermato-fibrosarcome (E. Hoffmann), 40 ans après le début, des métastases pulmonaires. A côté de cette lésion, l'autopsie montra des métastases cancéreuses dans les ganglions trachéo-bronchiques et broncho-pulmonaires.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la propeptano-thérapie d'après Luithlen-Urbach (Zur Propeptantherapie nach Luithlen-Urbach), par Werner JADASSOHN et Fritz SCHAAF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 354.

Expériences sur l'animal sur l'effet du propeptan pour la désensibilisation vis-à-vis de l'œuf et de la viande de porc (préparations des usines Chemosan-Union A. G.). Les auteurs ne peuvent pas confirmer les bons résultats obtenus par Urbach chez l'homme avec ces peptones.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'impétigo herpetiformis et de la tétanie avec un cas personnel (Kasuistischer Beitrag zur Frage Impetigo herpetiformis und Tetanie), par Rudolf M. BOHNSTEDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 357, 2 fig.

Observation d'un cas typique d'impétigo herpétiforme survenu à la fin d'une seconde grossesse. Les lésions cutanées furent accompagnées de tétanie. La malade accoucha à la fin du huitième mois d'un enfant mort. La maladie, d'une durée de trois mois, se termina par la guérison. L'auteur est d'avis que l'interruption de la grossesse dans l'impétigo herpétiforme est d'une indication absolue.

OLGA ELIASCHEFF.

Contributions à l'étude de la formation des anticorps et à la démonstration de la présence d'anticorps sessiles (Un cas d'hypersensibilité vis-à-vis des terpènes) (Beiträge zur Frage der Antikœrperbildung und zum Nachweiss sessiler Antikœrper) (Ein Fall von Terpenueberempfindlichkeit), par Georg ENSBRUNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 364, 1 fig.

Observation d'un cas d'hypersensibilité spécifique vis-à-vis des terpènes d'une région limitée de la peau autrefois atteinte d'une dermatite artificielle due à la térébenthine. En même temps, le sujet présenta une hypersensibilité, mais moins forte, de toute la surface cutanée. Transmission de cette hypersensibilité selon les procédés de Prausnitz-Kustner et Kœnigstein-Urbach, souvent avec apparition d'un eczéma. Les recherches de l'auteur permettent de conclure que les anticorps spécifiques ont été formés dans la peau même et que la généralisation de cette hypersensibilité se développa non pas par le transport des anticorps à la surface cutanée, mais par l'irritation des cellules cutanées éloignées du foyer malade. Ces dernières ayant absorbé l'allergène formèrent elles-mêmes des anticorps ; c'est uniquement l'anticorps cellulaire qui joue un rôle dans la formation des réactions allergiques épithéliales et cutanéo-vasculaire. L'anticorps humoral n'est pas démontrable. On peut mettre en évidence l'anticorps sessile par la méthode de Kœnigstein-Urbach. Olga Eliascheff.

Sur les disques des poils du Pécari-Dicotyles, avec une contribution à l'étude du système musculaire des poils (Ueber die Haarscheiben des Nabelschweins (Pekari-Dicotyles). Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Muskulatur der Haare), par Felix Pinkus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 379, 11 fig.

L'auteur décrit les disques des poils du pécari. On ne peut pas encore conclure de leur structure anatomique à leur fonction. L'examen de la peau de cet animal fait comparer les muscles striés normaux des poils du cochon avec la formation musculaire existant dans certains endroits chez d'autres animaux, chez le singe (*Cynocephalus*) et chez l'homme. La description de ces poils complète nos connaissances sur les muscles des poils de l'homme et est d'une grande importance.

Olga Eliascheff.

Sur la pathogénie des réindurations (Zur Pathogenese der Reindurationen), par K. Schreiner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 397, 1 fig.

Discussion sur les causes de l'apparition des réindurations dans la syphilis avec deux observations personnelles. D'après l'auteur, on ne peut pas expliquer l'apparition des chancres redux uniquement par le mode et par la date du début du traitement. Il s'agit, dans les scléro-récidives (lesquelles se distinguent cliniquement du chancre), d'une réaction biologique spéciale de l'organisme vis-à-vis de l'agent pathogène. Il se produit une modification dans l'organisme démontrée par toute une série de symptômes et par des changements précoces dans la capacité de réagir à la luétine. Cette modification présente certaines analogies avec la syphilis maligne et tertiaire et c'est pourquoi on trouve rarement des tréponèmes dans les chancres redux et on ne constate généralement pas d'éruptions. Olga Eliascheff.

Sur le mécanisme de l'épreuve épicutanée d'après Jadassohn-Bloch. Sa valeur pour le résultat de la réaction vasomotrice (Ueber den Mechanismus der Läppchenprobe nach Jadassohn-Bloch. Die Bedeutung der Vasomotorenreaktion für ihren Ausfall), par K. STEINER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 411.

On peut conclure, d'après les recherches de l'auteur, que la réaction épicutanée de Jadassohn-Bloch dépend en grande partie de la réaction des vaso-moteurs ; il semble donc exister un certain parallélisme quantitatif entre cette réaction et l'intensité de la réaction à la tuberculine, parce que le résultat de cette dernière réaction dépend aussi de la réagibilité du système vaso-moteur. L'auteur doute de la valeur de la réaction de Jadassohn-Bloch pour le diagnostic des états allergo-spécifiques. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'hérédité du psoriasis vulgaire (Zur Vererbung der Psoriasis vulgaris), par A. SPINDLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 417, 1 fig.

Arbre généalogique sur l'hérédité du psoriasis et analyse de cette hérédité. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la clinique, l'histologie et la pathogénie des exanthèmes pneumococciques (Zur Klinik, Histologie und Pathogenese der Pneumokokkenexantheme), par F. SCHMIDT-LA BAUME et Charlotte OTTO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 431, 1 fig.

Observation chez un jeune homme d'un exanthème dû aux pneumocoques survenu six jours après une angine à pneumocoques et une pneumonie double. L'exanthème disséminé sur presque tout le corps consista en taches, papules, vésicules, et ces dernières se transformèrent rapidement en pustules hémorragiques. Les cultures faites avec le contenu des pustules ainsi que les frottis des amygdales montrèrent des pneumocoques ; on constata dans des coupes histologiques des pneumocoques dans les vaisseaux du corps papillaire et dans le voisinage. Il existait, après la diminution de l'exanthème, une allergie cutanée très nette vis-à-vis l'auto-vaccin pneumococcique.

OLGA ELIASCHEFF.

L'hypersensibilité vis à vis de salvarsan. Intoxication aiguë par le salvarsan à la suite d'humectations professionnelles des doigts avec des solutions de salvarsan (Ueber Salvarsanueberempfindlichkeit und akute Salvarsanintoxikation infolge beruflicher Benetzung der Finger mit Salvarsanlœsungen), par VULETIÉ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 436.

Auto-observation et observation d'une assistante de clinique en Bosnie de dermite artificielle des doigts à la suite d'humectations journalières de ceux-ci et d'aspiration de solutions de salvarsan. Début par simple dermite suivie de rhagades profondes des doigts et de crises d'asthme typique. L'assistante fut atteinte aussi d'urticaire, d'œdème

de Quincke et d'une intoxication aiguë par le salvarsan, intoxication analogue à celle produite par l'arsenic (vomissements, maux de tête, douleurs articulaires, diarrhée muco-sanguinolente, température 39°5, albuminurie, etc.). La dermite des doigts persiste depuis deux ans et résiste à tous les traitements. Les épreuves épicutanées avec le salvarsan ont été fortement positives, tandis que celles avec la liqueur de Fowler étaient négatives. Cette hypersensibilité et l'intoxication semblent être produites par la molécule d'arsénobenzol non modifiée.

Olga Eliascheff.

L'action destructive des vapeurs d'iode sur les champignons, avec courte description de leurs rapports dans le traitement des hyphomycoses de l'homme (Pilztötende Wirkung von Joddämpfen, zugleich ein kurzer Bericht ueber ihre Beziehungen zur Behandlung von Hyphomykosen beim Menschen), par Arnold H. Zipferblatt et Henry K. Seelans. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 442, 4 fig.

Il résulte des expériences des auteurs que les vapeurs d'iode possèdent des qualités physiques qui manquent aux autres liquides bactéricides, c'est-à-dire une haute concentration et un grand pouvoir de pénétration. Les vapeurs d'iode employées à répétition sous la forme concentrée, ne produisent aucune réaction inflammatoire des tissus. On a observé une influence favorable des vapeurs d'iode dans le traitement du lupus vulgaire, de la trichophytie et dans d'autres dermatomycoses, ainsi que dans des maladies aiguës d'origne bactérienne, comme dans les furoncles et les petits anthrax. Un appareil relativement simple est nécessaire pour obtenir la vaporisation des cristaux d'iode.

Olga Eliascheff.

Sur la valeur pratique des épreuves cutanées dans les dermites allergiques (Ueber den praktischen Wert der Hautproben bei Allergodermien), par Assnin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 3, 1933, p. 451.

Observation chez des ouvriers de 5 cas de dermites artificielles du type allergique dues au contact de substances chimiques différentes. Dans un de ces cas, la dermite fut produite par la poussière de nickel et ce cas confirme les recherches expérimentales de Schitbenthelm, Stockinger et Walthard sur la sensibilisation par les ions de nickel. L'auteur conclut que la sensibilisation spécifique joue le rôle principal dans les dermatoses professionnelles à côté de l'allergène qui, lui aussi, joue un grand rôle dans la pathogénie de ces maladies.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (*Berlin*).

Pour la connaissance de la soi-disant « Spirochétose arthritique » (Reiter) (Zur Kenntnis der sogenannten « Spirochætosis arthritica » (Reiter)), par W. Balban *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, fasc. 6, mars 1934, p. 305.

En 1916, Reiter observa chez un officier des douleurs abdominales avec diarrhée, qui durèrent 10 jours ; 8 jours plus tard apparurent une uréthrite et une conjonctivite purulente, suivies d'arthrite des genoux, des pieds, des coudes et des articulations digitales. La rate était augmentée de volume, la fièvre vespérale montait à 39°, accompagnée de sueurs nocturnes. La maladie évolua en 3 mois, avec, à ce moment, une iritis tardive. Pas de gonocoques ; tous les traitements employés furent sans effet. Par hémoculture, Reiter trouva un spirochète, ressemblant au spirochète pâle, mais n'en ayant ni les colorations ni les mouvements. Il dénomma l'affection spirochétose arthritique. Des observations ultérieures de cette maladie rare furent publiées par Mockaïl, Junghauns, Sommer, Schittenhelm et Schlecht, Stühmer, Paetzel, Kristjansen et Foerster ; à cette liste, B. ajoute une observation personnelle. Toutes les recherches bactériologiques effectuées dans ces cas n'ont jamais retrouvé le spirochète de Reiter. L. Chatellier.

Sur la cause et la signification de la maladie de Reiter (Über Ursache und Wesen der Reiterschen Erkrankung), par A. Musger. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, f. 6, mars 1934, p. 310.

M., à propos du cas de Balban, s'est efforcé de préciser l'étiologie de l'affection décrite par Reiter. Dans ce cas, il n'a pas réussi non plus à trouver le spirochète décrit par Reiter. Mais il a obtenu, par hémoculture, « des streptocoques (vraisemblablement des entérocoques) » et a ainsi montré pour la première fois qu'il s'agissait bien d'une septicémie. Mais la conception de Reiter qui en faisait une maladie à germe spécifique ne peut plus se soutenir. Certes cliniquement et, maintenant, bactériologiquement, sa nature infectieuse est indéniable, mais il faut d'autres recherches pour établir définitivement que la maladie de Reiter est bien une septicémie. Le tableau clinique ne s'explique pas seulement par un germe spécifique, mais il pourrait se rencontrer aussi au cours d'autres formes infectieuses qu'une septicémie. Il convient donc d'employer, en attendant, la désignation de « syndrome de Reiter ».

L. Chatellier.

Remarques techniques et cliniques sur l'herpès d'inoculation (Teknische und klinische Bemerkungen zum Impfherpes), par H. Hruszek. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVIII, f. 6, mars 1034, p. 325.

On peut inoculer le virus herpétique soit sur la peau scarifiée légèrement, soit sur la peau débarrassée par la curette de ses couches épithéliales superficielles, soit sur la peau intacte par frottement.

Par les deux premiers procédés, on obtient les manifestations primaires et secondaires habituelles (que H. a déjà décrites dans plusieurs travaux antérieurs).

Par l'application sur peau non modifiée, on obtient une folliculite herpétique. Après inoculation intra-épidermique, intradermique et sous-cutanée, il ne se produit pas d'efflorescences vésiculeuses.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Fibromes multiples disposés symétriquement sur les petites articulations (Symmetrisch angeordnete multiple Fibrome über kleineren Gelenken), par J. WENDLBERGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 9, mars 1934, p. 257, 2 fig.

Chez un homme de 47 ans, sans aucun antécédent pathologique, se sont développés, depuis deux ans, dix petits nodules, très durs, indolents, disposés avec une certaine symétrie au niveau des coudes et des articulations des doigts. La surface de ces tumeurs est lisse, leur limitation très nette et leur forme arrondie. Elles sont situées dans le derme.

Au microscope, l'épiderme, qui est normal à la périphérie, est acanthosique et hyperkératosique au niveau de la lésion. La tumeur elle-même siège dans les couches profondes du derme et consiste en faisceaux conjonctifs riches en cellules. A la limite inférieure, les cellules, moins nombreuses, sont peu colorables et le tissu conjonctif paraît homogénéisé.

Il n'y a pas de capsule proprement dite, bien que les limites latérales soient nettes. Le tissu élastique est tronçonné et ramassé à la périphérie ; il manque complètement au centre de la tumeur ; y manquent aussi sébacées et sudoripares. Les vaisseaux sanguins sont nombreux, plexueux et engorgés. Pas de cellules géantes ; pas d'augmentation des fibres grillagées.

W. sépare cette lésion fibromateuse des formes voisines : des fibromes péri-articulaires des doigts, de forme et d'évolution différentes ; du fibrome en pastille de Civatte, du dermatofibrome lenticulaire de Schreus, des formations fibreuses qu'on rencontre dans des maladies diverses (acrodermatite, dermatomycose, tumeurs huileuses, etc.) et des nodules péri-articulaires de Jeanselme-Lutz.

L. CHATELLIER.

Sur une forme non encore décrite de Molluscum contagiosum (Molluscum contagiosum cornoides) (Eine noch nicht beschriebene Abart des Molluscum contagiosum (Molluscum contagiosum cornoides)), par R. CASAZZA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 9, 3 mars 1934, p. 260, 6 fig.

Un jeune soldat de 20 ans porte sur la face inférieure du pénis : 1° trois efflorescences habituelles de *molluscum contagiosum* ; 2° trois autres efflorescences rappelant de petites cornes, dont l'une dépasse

1 centimètre de hauteur sur 6 millimètres de largeur à la base. Toutes ces efflorescences siègent sur la face muqueuse du prépuce. Au microscope, l'un des éléments cornés offre à la base des corpuscules du *molluscum* ; la partie centrale de la corne est formée de lames ondulantes cornées qui enveloppent des amas de corpuscules, moins colorables, associés, en d'autre points, à des corpuscules normaux.

L. Chatellier.

Tablette ou ionomètre pour le dosage de la radiothérapie superficielle (Tablette oder Ionisationsmessgerät zur Dosierung in der Rontgenoberflachentherapie), par V. Wucherpfeunig. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 9, 3 mars 1934, p. 265.

W. expose les raisons qui doivent faire préférer au radiomètre de Noiré-Sabouraud et de Holzknecht l'ionomètre. Cet appareil permet de mesurer avec précision la quantité et la qualité des rayons, notion importante dans la radiothérapie superficielle.

L. Chatellier.

Contribution à la casuistique de l'endémie du bubon climatique (Kasuisticher Beitrag zur Endemie des klimatischen Bubo), par H.-W. Janz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 9, 3 mars 1934, p. 270, 5 fig.

Observation d'une lymphogranulomatose inguinale qui évolue avec fièvre élevée (38°9) chez un jeune homme de 22 ans, qui n'a jamais eu de rapports avec des prostituées, n'a jamais vécu dans un port ou à l'étranger. Le diagnostic est établi par l'examen histologique et par la réaction de Frei. La guérison rapide est obtenue par l'ablation des masses ganglionnaires ; pas de séquelles. Le malade affirme que ses partenaires étaient saines. Il faudrait donc admettre l'existence de porteurs de germes, sans signes cliniques, pour la lymphogranulomatose inguinale comme pour le chancre mou. L. Chatellier.

Sur les réactions de Meinicke dans le liquide et le sérum (Ueber die Meinickeschen Reaktionen im Liquor und Serum), par E. Weichherz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 9, 3 mars 1934, p. 274.

Dans le n° 30 du *Münch. Med. Woch.*, 1933, Meinicke et Holthaus ont proposé une nouvelle technique de la réaction d'éclaircissement n° 2 pour le liquide (3 tubes avec 0 cc. 5, 0 cc. 2, 0 cc. 1 de liquide). Voici les résultats obtenus par W. avec cette méthode dans le liquide et le sérum.

Il a examiné 360 liquides avec la réaction de Bordet-Wassermann (antigène de Bordet-Ruelens et antigène de Kolmer), avec la réaction de Meinicke n° 2, et plus récemment avec la réaction de Müller ; en outre, il a employé les réactions à l'or colloïdal, au mastic, au benjoin, et celle de Takata-Ara. Sur ces 360 liquides, 78 liquides syphilitiques, qui ont donné seulement 7 fois une réaction de Meinicke négative, 5 Müller négatifs et 7 réactions de Bordet-Wassermann négatives ; le diagnostic de syphilis liquidienne était affirmé dans ces 7 cas par les autres réactions colloïdales.

Sur 3.295 sérums examinés, W. obtient 402 réactions de Kahn positives, 547 réactions de Meinicke n° 2 positives et 464 réactions d'opacification de Meinicke positives. Cette déficience insolite du Kahn est due à un antigène insuffisant. W. admet néanmoins que l'antigène de Meinicke est plus stable, que l'interprétation des résultats est plus facile et la technique plus simple. L. Chatellier.

Un cas de zona généralisé au cours d'une syphilis nerveuse associée à une tuberculose pulmonaire (Ein Fall von Zoster generalisatus bei Neurolues und Tuberculosis pulmonum), par G. Ensbruner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 10, 10 mars 1934, p. 301.

Chez un homme de 58 ans, éruption d'un zona, céphalique d'abord, puis généralisé. L'examen clinique montre l'existence d'une tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, avec bacilles de Koch. L'examen sérologique (réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke, Müller) est nettement positif. Une céphalée persistante nécessite une ponction lombaire qui révèle une réaction de Bordet-Wassermann positive, une leucocytose intense, avec prédominance de polynucléaires (72 o/o), pas de germes bactériens ni à l'examen direct, ni par cultures, pas de bacilles de Koch. Deux ponctions ultérieures : la leucocytose diminue, la polynucléose est progressivement remplacée par une lymphocytose. Le seul signe nerveux consiste en une pupille droite légèrement rétrécie et une réaction à la lumière affaiblie. Les signes liquidiens ont régressé spontanément ; ils sont liés au zona. L. Chatellier.

Sur les lésions de la muqueuse buccale par l'électrolyse (Ueber Schädigungen der Mundscheimhaut durch Elektrolyse), par T. Z. Ganowsky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 10, 10 mars 1934, p. 306.

On trouve, dans la littérature, de nombreuses publications sur les lésions de la muqueuse buccale déterminées par les courants électriques sur les gencives et les dents. La présence de deux métaux différents détermine dans la bouche un courant électrique, capable de provoquer des manifestations morbides. Ces courants se forment aussi par l'emploi des amalgames ou d'appareils métalliques ou encore par l'utilisation professionnelle d'autres métaux, mis en contact avec des dents à amalgame ou des appareils prothétiques. G. a constaté ces lésions professionnelles chez 8 musiciens sur 9 d'un orchestre : les embouchures en laiton sont plus nocives que celles en argent ; chez un coiffeur, porteur d'amalgames dentaires, qui portait son fer entre les dents ; chez une couturière, qui avait l'habitude de porter ainsi son aiguille.

L. Chatellier.

Sur la chrysothérapie en dermatologie et sur la mise en évidence de l'or dans les viscères (Zur Goldbehandlung in der Dermatologie und zum Goldnachweis in den inneren Organen), par Wolter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 11, 17 mars 1934, p. 335, 2 fig.

L'or s'emploie de plus en plus en dermatologie contre le lupus éry-

thémateux, la lèpre, la syphilis et même les streptococcies cutanées. W. rapporte plusieurs cas personnels. L'un de ses malades est soigné par des injections d'or pour une pyodermite étendue et rebelle ; il meurt d'une pneumonie intercurrente. L'examen histologique, outre des lésions de pneumonie, de dégénérescence inflammatoire des viscères et d'athérome artériel, montre, dans le foie et le rein, de nombreuses granulations noires siégeant dans les cellules hépatiques, l'épithélium rénal et l'endothélium vasculaire. Les fragments sont confiés à Werner Gerlach pour analyse du spectre d'émission par le procédé de Werner et Walter Gerlach. Ces auteurs trouvent dans le rein, pour 1 gramme de tissu, 147 et 142 γ ; dans le foie, 27 γ ; dans la peau, 4 γ.

L. Chatellier.

Comment éliminer une syphilis latente chez un donneur? (Wie schliesst man eine latente Syphilis bei Blutspendern aus?), par E. Salkind. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 11, 17 mars 1934, p. 339.

Il est très imprudent d'employer un syphilitique latent pour une transfusion sanguine. Pour prévenir une infection syphilitique par transfusion, il faut non seulement écarter tous les individus porteurs de manifestations syphilitiques, mais aussi ceux chez qui on soupçonne la syphilis. Le « soupçon » se fonde, même en l'absence de tout signe sérologique et clinique, sur l'hypertrophie, sans cause connue, des ganglions cubitaux et axillaires. Dans une adénite cubitale, la syphilis n'est exclue que si l'on peut en rapporter l'étiologie à d'autres infections (tuberculose, lymphatisme, affections purulentes des extrémités supérieures). Dans quelques cas, l'origine de cette adénite se trouve dans la profession du malade, qu'elle soit due à des traumatismes répétés ou à la striction répétée des muscles de la région.

L. Chatellier.

Les lésions cutanées survenant dans la sclérose tubéreuse et leur signification pathogénique (Die bei tuberœser Sklerose vorkommenden Hautveraenderungen und ihre pathogenetische Bedeutung), par L. Kurtz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 12, 24 mars 1934, p. 357, 4 fig.

En 1880, Bonneville décrivit, sous le nom de sclérose tubéreuse et d'après ses constatations nécropsiques, les tumeurs qui se développent dans le cerveau et les ventricules latéraux. Ces tumeurs ne sont pas constituées par un seul tissu. Cliniquement, cette sclérose tubéreuse s'accompagne fréquemment d'épilepsie. Du côté de la peau et des muqueuses, la concomitance est fréquente d'adénome sébacé et de prolifération fibreuse des gencives, de la peau, en particulier au niveau des doigts et des orteils autour et au-dessous de l'ongle. Cette sclérose tubéreuse ressemble à la maladie de Recklinghausen, mais doit en être séparée. K. rapporte deux observations. Dans la première, les lésions gingivales et les fibromes unguéaux étaient associés à des télangiectasies et à de l'adénome sébacé ; dans la seconde, fibromatose cutanée de la

région lombo-sacrée, accès d'épilepsie et démence. L'affection ne se présente pas toujours avec une symptomatologie aussi complète : elle se réduit parfois à l'adénome sébacé et aux signes nerveux, ou aux fibromes unguéaux ou aux lésions gingivales, on a signalé l'existence de lésions du fond de l'œil.

Il s'agit là d'une maladie nævique portant sur plusieurs tissus.

L. CHATELLIER.

Sur l'état actuel du dosage avec les instruments à ionisation dans la radiothérapie superficielle (Ueber den heutigen Stand der Dosierung mit Ionisationsinstrumenten in der Rœntgen Oberflæchentherapie), par V. WUCHERPFEUNIG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 12, 24 mars 1934, p. 365.

Les instruments à ionisation représentent le meilleur instrument de mesure précise des rayons X. Ce qui rend leur emploi difficile en radiothérapie cutanée, c'est leur prix élevé, qui devra s'abaisser quand les appareils de mesure à ionisation seront plus connus. Mais les dermatologistes ne doivent pas attendre que soit réalisé un instrument de mesure à ionisation précis, simple et satisfaisant. Car dès aujourd'hui ils ont plusieurs possibilités d'étalonner leur appareillage avec des instruments à ionisation. L. CHATELLIER.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Les maladies professionnelles de la peau (Gewerbekrankheiten der Haut), par V. FUHS. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 47e année, no 10, 9 mars 1934, p. 276.

Sous ce nom, il faut comprendre : les stigmates professionnels et les dermatoses professionnelles.

Parmi les stigmates, on range : les pigmentations, les dépôts intracutanés, les rhagades et les fissures cutanées, les lésions unguéales et les processus d'hyperkératose de défense, tous symptômes qui sont transitoires ; les télangiectasies, les ecchondroses de l'oreille, les cicatrices, les tatouages professionnels, qui sont indélébiles.

Parmi les dermatoses professionnelles vraies, comptent : 1° les lésions cutanées provoquées par la chaleur ou le froid (engelures, gelures), l'électricité, les rayons actiniques (érythème ou dermite solaire, dermite des paysans, des marins), les rayons X ou le radium ; 2° les toxicodermies déterminées par des substances bien définies, les brûlures, les inflammations par acides ou bases (acné provoquée, hyperhidroses, anidroses, etc.) et les dermatoses variées (eczématiformes, hyperkératosiques, ulcéreuses) dues aux substances minérales (As, Zn, Co, Hg, etc.), dues aux substances organiques (paraffine, alcools, aldéhydes) dues aux bois, plantes et fruits. Il convient aussi d'y ajouter les maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, charbon, trichophyties, parasites animaux). La prophylaxie dans ces dermatoses est indispensable et efficace. L. CHATELLIER.

Traitement conservateur des varices (Konservative Krampfaderbehandlung), par G. Nobl. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 47e année, n° 11, 16 mars 1934, p. 337.

L'oblitération artificielle des varices est un procédé simple, économique et sans danger. Elle ne s'obtient pas toujours du premier coup, car elle dépend avant tout de l'irritation de l'endothélium. D'où l'utilité d'employer des substances irritantes appropriées : la glycérine à 30°, le glucose en solution hypertonique, l'eau salée à 20-30 o/o. La technique est évidemment un peu plus difficile que pour la simple injection intraveineuse au pli du coude, car la veine est malade, dure, recouverte d'une peau épaisse. Le traitement doit être ambulatoire. Le repos au lit n'est utile que dans les thrombo-phlébites et les douleurs ; il ne doit jamais être absolu. Le danger de l'embolie est très faible. Elle est d'ailleurs moins redoutable qu'en chirurgie et très rare (0,05 o/o d'après Mac Pheeter sur 200.000 cas). Ce traitement prévient les ulcères et les graves altérations de la peau. La grossesse n'est qu'une contre-indication que lorsqu'elle est déjà avancée. Les autres contre-indications sont la présence de masses congénitales de circonvolutions veineuses, l'état des veines compensatrices ou une thrombo-phlébite actuelle ou récente. L. Chatellier.

Diagnostic et traitement des maladies de la vulve et du vagin (Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Vulva und der Vagina), par T. Antoine. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 47e année, n° 12, 23 mars 1934, p. 370.

Dans cette revue pratique, l'auteur signale les lésions les plus fréquentes de la vulve (atrésie de l'hymen, déchirure de l'hymen, fistule vésico-vaginale, varices vulvaires, *kraurosis vulvæ*, vulvite, ulcère aigu, tuberculose ulcéreuse) et du vagin (vaginites microbiennes, parasitaires ; épithéliomas, papillomes) et leur traitement. L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Déséquilibres humoraux et endocrinosympathiques provoqués par les traitements antisyphilitiques intempestifs, par E. Joltrain. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 18, 4 mars 1934, p. 584.

J. met en garde contre les thérapeutiques antisyphilitiques intensives et prolongées, faites parfois dans des affections dont la nature est douteuse. Il apporte des observations montrant les déséquilibres endocrino-sympathiques provoqués chez ces malades. On devra surveiller attentivement l'état du sympathique, dépister les petites thyroïdies, examiner l'état du foie et des reins, et au besoin diminuer l'intensité du traitement, déterminer le médicament le mieux supporté.

H. Rabeau.

Les manifestations buccales de la syphilis primitive, par P. E. Bousquet. *Bruxelles Médical,* 14e année, n° 19, 11 mars 1934, p. 610.

Deux fois sur trois le chancre buccal est d'aspect atypique. Il peut passer inaperçu du malade lui-même et B. se demande si un certain nombre de syphilis sans chancres ne sont pas simplement des syphilis à point de départ buccal ignoré. Il insiste sur l'importance considérable du dépistage précoce de cet accident. H. Rabeau.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Un cas d'actinomycose cutanée et pulmonaire (Un caso de actinomicosis cutanea y pulmonar), par A. Navarro Martin. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 26e année, n° 5, février 1934, p. 311, 4 fig.

Une femme de 28 ans présente des godets faviques sur le coude et des lésions unguéales de même nature. On trouve sur la joue droite, le maxillaire inférieur et le cou du même côté, ainsi que sur la partie correspondante du thorax de petits abcès développés sur des tissus rouges et très infiltrés.

La malade accuse des douleurs thoraciques erratiques. L'expectoration est abondante. Les crachats se divisent par sédimentation spontanée en quatre couches. L'examen thoracique révèle de la sub-matité, des ronchus et des râles crépitants. La radiographie montre une infiltration diffuse des deux poumons. La température oscille entre 37° et 39°.

Les examens de laboratoire mettent en évidence dans les lésions de la partie supérieure du corps des grains d'actinomycose, et sur les coudes un mycélium favique caractéristique.

La mort survient au bout de quelques jours. On trouve à l'autopsie des adhérences pleurales et des abcès pulmonaires multiples présentant en leur centre des grains d'actinomycose.

Il s'agit en somme d'un cas de favus de la peau associé à une actinomycose cutanée et pulmonaire. L'auteur est assez enclin à faire jouer à une ménopause précoce le rôle de cause prédisposante vis-à-vis de la double affection mycosique. J. Margarot.

Paralysie glosso-labio-laryngée par endartérite syphilitique (Paralisis glosolabiolaringea por endarteritis sifilitica), par Enrique A. Sainz de Aja et Juan Forns Contreras. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 26e année, n° 5, février 1934, p. 318.

Une syphilis ignorée donne lieu à une endartérite cérébro-spinale à foyers multiples, entraînant une paralysie glosso-labio-laryngée et une monoplégie du bras gauche.

Les réactions sérologiques sont positives dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien : Pandy, Nonne et Weischbrodt sont négatifs ; on trouve 15 centigrammes d'albumine. Le Bordet-Wassermann est négatif avec 0,2 et 0,5 centimètre cube et positif avec 1 centimètre cube.

J. Margarot.

Lupus érythémateux fixe pigmenté (Lupus eritematoso fijo pigmentado), par Carlos CARDENAL. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 323, 5 fig.

Une malade présente un lupus érythémateux fixe de la face (nez et front). Les taches sont le siège d'une pigmentation progressive qui se développe du centre à la périphérie sans toutefois dépasser la limite de l'érythème.

La biopsie montre de petits nodules tuberculoïdes avec présence de pigment dans l'épiderme, dans le derme (cellules mélanophores), autour des vaisseaux et dans le voisinage des infiltrats nodulaires.

Un traitement par la sanocrysine améliore beaucoup les lésions ; la pigmentation s'atténue.

On ne trouve chez la malade aucun signe de tuberculose. La réaction de Bordet-Wassermann, la réaction de déviation du complément de la tuberculose ainsi que l'intradermo-réaction à la tuberculine et l'inoculation au cobaye sont négatives. Il n'existe pas d'hémato-porphyrinurie, ni d'hypersensibilité aux ultra-violets. J. MARGAROT.

Le test histamine dans le diagnostic précoce des taches lépreuses (El test-histamina en el diagnostico precoz de las manchas leprosas), par P. MONTANES et E. NEGRO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 331.

Les auteurs font une injection de chlorhydrate d'histamine dans un pli de l'épiderme de la tache suspecte. Une papule œdémateuse de 1 à 2 millimètres de diamètre apparaît au bout d'une minute. En 5 minutes son diamètre atteint 1 centimètre ; elle n'est pas prurigineuse.

La même expérience sur la peau saine donne lieu, entre 30 à 60 secondes, à un halo érythémateux de 1 à 4 centimètres de diamètre ; dans la suite apparaît une papule comparable à celle qui a été décrite précédemment, accompagnée d'un léger prurit comparable à une piqûre de moustique.

L'épreuve n'apporte pas une certitude, puisqu'elle ne permet pas de mettre en évidence le bacille. Elle est cependant plus utile que les méthodes similaires puisqu'elle donne toujours un résultat positif dans la lèpre, si précoce que soit la lésion, avant même que l'on puisse déceler le germe.

Elle présente le double avantage d'être très rapide et de ne pas donner de réactions douteuses. J. MARGAROT.

Enurésie dans la syphilis congénitale (Enurésis en la sifilis congenita), par R. HOMBRIA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 335.

Il note 3 cas d'énurésie sur 35 enfants hérédo-syphilitiques âgés de 3 ans. Chez l'un d'eux, l'incontinence d'urine est apparue vers l'âge de 7 ans et a disparu spontanément. Elle paraît indépendante de l'affection. Les deux autres ont guéri rapidement par la thérapeutique spécifique. J. MARGAROT.

Une épidémie de varicelle et de zona (Una epidemia de varicela y zoster), par R. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 338.

Dans une population où l'on n'avait observé aucune varicelle depuis de nombreux mois, une épidémie de cette affection s'est développée à la suite de deux cas de zona. J. Margarot.

Réactivation allergique dans la syphilis à sérologie irréductible (Reactivacion alergica en la sifilis con serologia irreductible), par F. Bergillos del Rio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 341.

Les syphilis sérologiques irréductibles se rencontrent surtout chez les hérédo-syphilitiques et dans les syphilis ignorées. Chez tous ses malades, l'auteur a pu démontrer l'existence d'un état anergique par le procédé de Dujardin (cuti-réaction avec du sérum de cheval).

Le traitement par la lumière ultra-violette suivi d'un traitement spécifique, lorsque l'allergie a été réveillée, peut d'après l'auteur négativer des réactions sérologiques irréductibles. Ce résultat est obtenu même avec des traitements en apparence insuffisants. J. Margarot.

Relations entre le psoriasis et le pityriasis rubra pilaire (Relaciones entre psoriasis y pitiriasis rubra pilaris), par J. Gay Prieto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 345, 3 fig.

D'après l'auteur, le *pityriasis rubra* pilaire présente beaucoup plus de relations avec le psoriasis qu'avec les diverses formes de lichen. Les deux dermatoses coexistent ou alternent avec une certaine fréquence.

Un malade âgé de 32 ans, présente un état érythrodermique avec desquamation furfuracée et cuisson intense.

La peau est très infiltrée surtout sur la face d'extension des extrémités, des coudes et des genoux. Il existe une forte hyperkératose palmoplantaire et des déformations cornées du lit des ongles. Sur la face d'extension des doigts et sur la face d'extension des jambes, sur la crête tibiale on trouve des cônes pilaires caractéristiques.

Les mains et les pieds sont déformés par des lésions à type de rhumatisme déformant, qui limitent considérablement les mouvements. Il se produit des poussées fébriles avec douleurs articulaires.

Une biopsie montre une acanthose interpapillaire intense, une forte parakératose avec formation de volumineux abcès entre les cellules parakératosiques. Dans le derme existe une infiltration considérable de cellules lymphoïdes et une énorme papillomatose ; les papilles élargies s'insinuent entre les prolongements acanthosiques du corps muqueux de Malpighi. La couche granuleuse manque. Au total, il s'agit de lésions caractéristiques du psoriasis pustuleux de Zumbusch.

Il est d'autre part certain que le malade présente en même temps des lésions de *pityriasis rubra* pilaire.

L'auteur rappelle l'hypothèse de Crosti d'après laquelle le psoriasis et le *pityriasis rubra* pilaire dépendraient d'une constitution analogue ou d'une même façon de réagir de la peau. J. Margarot.

Premiers cas espagnols de dermite linéaire et bulleuse des prés (Primeros casos espagnoles de dermitis lineal y ampollosa de los prados), par J. Gay Prieto et L. Egea Bueno. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 26e année, n° 5, février 1934, p. 353, 2 fig.

Au cours du mois d'août dernier, les étudiants de l'Université de Grenade ont été autorisés, par suite des fortes chaleurs, à utiliser comme piscine l'étang de la propriété de la Chartreuse.

Un certain nombre d'entre eux ont éprouvé au cours de la nuit qui a suivi le bain des sensations de cuisson et des démangeaisons dans le dos. Le lendemain, on a trouvé sur cette région de nombreuses stries de coloration rouge vif, légèrement ortiées, se croisant en tous sens et donnant à première vue l'impression d'égratignures.

Sur la surface de quelques-unes existent des lésions bulleuses de petites dimensions, remplies d'un liquide clair et transparent.

La dermatose guérit en 4 jours sans aucun autre traitement que l'application d'une pâte inerte et ne laissant comme traces que des stries pigmentaires.

Des essais expérimentaux pratiqués sur la peau des malades avec les plantes de l'étang ont donné des résultats complètement négatifs.

J. Margarot.

Alternances morbides cutanéo-viscérales (Alternativas patologicas cutaneoviscerales), par J. Gay Prieto et E. Linde Ocon. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 26e année, n° 5, février 1934, p. 357.

Un important matériel clinique a permis aux auteurs d'étudier les alternances de l'eczéma véritable du nourrisson avec des troubles viscéraux.

Dans un premier groupe de faits il s'agit de cas d'eczéma infantile dans lesquels un excès d'antigène provoque en même temps une poussée aiguë parfois éphémère de la dermite et des troubles pathologiques dans divers organes. Il ne s'agit pas à proprement parler d'alternances pathologiques, mais de l'apparition simultanée de symptômes cutanés et viscéraux.

Un second groupe de faits se rapporte à de véritables alternances morbides. Des altérations digestives de gravité variable apparaissent lorsque s'améliorent ou disparaissent les symptômes cutanés. L'auteur les note dans 10 o/o des cas.

Ces processus constituent un argument en faveur de la théorie de Jadassohn-Bloch, sur la pathogénie de l'eczéma.

La désensibilisation cutanée peut être obtenue avec des solutions d'antigène très diluées (solution de blanc d'œuf au millionième). L'eczéma guérit ou s'améliore, l'intradermo-réaction devient négative, mais dans des cas exceptionnels une partie des anticorps spécifiques se fixe sur des organes internes et donne lieu à des phénomènes allergiques viscéraux de gravité variable.

Deux notions pratiques découlent de ces faits.

En premier lieu une grande prudence est nécessaire chez les enfants atteints d'eczéma, lorsqu'on institue une thérapeutique désensibilisante. L'injection de doses relativement faibles d'antigène est capable de donner lieu à de très graves phénomènes de choc.

En second lieu on doit être très prudent dans le traitement local. Des réducteurs très énergiques tels que le goudron de houille pur peuvent faire disparaître rapidement l'eczéma en même temps que se développent des signes d'entérite.

Quand par l'un de ces mécanismes une crise viscérale grave et persistante se produit, les auteurs estiment que l'on peut recourir à l'application d'agents irritants sur la surface cutanée primitivement atteinte de manière à provoquer une nouvelle poussée d'eczéma. Celle-ci est généralement suivie d'une amélioration des accidents viscéraux.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de la réaction de Meinicke M. K. R. II (Contribucion al estudio de la reaccion de Meinicke M. K. R. II), par José Cazorla Romero. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 363.

J. C. R. conclut de ses recherches que la réaction de Meinicke M. K. R. II, par sa sensibilité, est le complément de toutes celles qui sont pratiquées. Les deux modalités de sa lecture la rendent équivalente à deux réactions. Sa concordance avec les réactions déjà consacrées par l'usage la mettent de pair avec elles. Ses discordances avec ces dernières sont toujours d'accord avec la clinique.

Elle ne donne de réactions non spécifiques que dans 1 o/o des cas, c'est-à-dire dans une proportion plus faible que les autres. Elle est la première à apparaître et la dernière à disparaître.

J. Margarot.

Névrites lépreuses pures? (Neuritis leprosas puras?), par J. Troya et M. Rodriguez. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 369.

Deux malades présentent un syndrome nerveux essentiellement caractérisé par des troubles parétiques avec atrophie musculaire, abolition des réflexes tendineux, disparition des sensibilités thermique et douloureuse, hypertrophie des nerfs cubitaux.

Bien que le bacille de Hansen ne puisse être mis en évidence, le développement de ces syndromes chez des sujets vivant dans un pays de lèpre semble autoriser leur rattachement à cette maladie.

J. Margarot.

Glutathion et psoriasis (premier mémoire) (Glutathion y psoriasis (primera memoria), par M. Gallego Burin. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 373.

Le glutathion est diminué chez les malades atteints de psoriasis. Cette diminution présente une relation étroite avec l'intensité du processus.

Elle est très marquée avec les éruptions généralisées et peu intense lorsque les éléments sont discrets et isolés.

Bulliard et Giroux ne trouvent de glutathion dans la peau qu'au niveau de l'épiderme. On peut expliquer l'hypothiémie du psoriasis en admettant que l'inflammation détermine une activation des processus cutanés d'oxydo-réduction occasionnant une diminution de l'apport au sang du glutathion tissulaire. Cette dernière altération des échanges tissulaires peut être également déterminée par l'énorme élimination de squames riches en soufre.

A l'appui de ces deux conclusions, on peut rappeler que l'hypothiémie est surtout marquée dans les psoriasis intenses et généralisés.

J. Margarot.

Un cas de neuro-syphilis du liquide céphalo-rachidien du type paralytique avec antécédents de neuro-récidive (Un caso de neurosifilis de liquido cefalorraquideo de tipo paralitico con antecedentes de neurorrecidiva), par R. G. Medina et J. Bigne. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 388.

Un malade présente des céphalalgies intenses et des dysesthésies du côté droit. Les réactions sérologiques sont positives. Il est soumis à plusieurs séries de traitements intensifs par le néosalvarsan et le bismuth.

La persistance des douleurs de tête est un fait nouveau, l'affaiblissement de la mémoire pour les faits récents motive une ponction lombaire. On trouve 15 éléments par millimètre cube, 0 gr. 60 d'albumine, Pandy positif, Bordet-Wassermann positif, avec 0,2 et 0,5 cc. Courbe de Lange : 5-5-5-5-5-4-2-00.

On décide de recourir à la malariathérapie et l'on institue le traitement préalable habituel par le novarsénobenzol et le bismuth.

Les céphalalgies disparaissent. Le Bordet-Wassermann, le Meinicke et le Kahn deviennent négatifs. Le liquide céphalo-rachidien contient 8 éléments avec 0,35 d'albumine et Pandy positif, le Bordet-Wassermann est positif avec 0,2, 0,6 cc. La réaction de Lange est négative.

J. Margarot.

Deux cas de boutons d'Orient dans la région valencienne (Dos casos de boton de oriente en la region valenciana), par P. Montanes et E. Negro. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 391, 2 fig.

Deux observations de Bouton d'Orient siégeant, l'un sur la joue, l'autre sur le dos de la main, établissent que cette affection existe dans la région de Valence. L'un des cas présentés a eu une durée anormale de 21 ans.

Tous les deux ont cédé rapidement au traitement par les antimoniaux.

J. Margarot.

Urée sanguine chez les lépreux (Urea sanguinea en los leprosos), par E. Negro Vasquez et M. Herrera Reyes. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 5, février 1934, p. 396.

Dans 15,45 o/o des cas de lèpre, en dehors de toute néphrite, le taux de l'urée sanguine dépasse o gr. 50 o/o.

Chez 60 o/o des lépreux atteints de lésions rénales, malgré un régime hypo-azoté, les chiffres sont très supérieurs à la normale. Chez quelques-uns on ne comprend pas comment une telle azotémie peut être supportée sans accidents. Les urémiques lépreux tolèrent des quantités énormes d'urée qui chez d'autres sujets entraîneraient une mort rapide.

Les auteurs pensent que l'organisme de ces malades présente une résistance spéciale vis-à-vis de l'urée comme vis-à-vis des diverses actions toxiques ou infectieuses. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Epithéliomas multiples et dermatose pigmentaire chez un garçon nègre (Multiple epitheliomas and pigmentary dermatosis in a negro boy), par Hopkins et van Studdiford. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, n° 3, mars 1933, p. 408.

Le cancer de la peau étant extrêmement rare chez les Nègres de pure race et à plus forte raison chez les enfants nègres, H. et S. citent une observation intéressante à divers titres.

Il s'agit d'un garçon nègre de 5 ans présentant sur les parties découvertes une dermatose du type *xeroderma pigmentosum* sur laquelle se sont développés plusieurs épithéliomas spino-cellulaires.

Cet enfant avait été élevé dans une ferme où l'on employait constamment un insecticide à base d'arsenic. L'examen histologique des lésions fit interpréter ce cas comme une pigmentation et une dépigmentation arsenicale avec kératose et cancer arsenical. Quoi qu'il en soit, il s'agissait bien d'épithéliomas multiples chez un enfant d'une race réputée indemne de cancer cutané. L'immunité attribuée au rôle protecteur du pigment n'est donc pas absolue ; peut-être est-ce le fait de l'instabilité pigmentaire raciale des Nègres qui se manifeste si fréquemment par des leucodermies à l'occasion de dermatoses diverses, par exemple du *pityriasis versicolor*. S. Fernet.

Le problème de la pénétration du bismuth dans le système nerveux (The question of bismuth penetration of the nervous system), par Klauder et Brown. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXXIX, n° 3, mars 1934, p. 451.

Le but de ce travail est de contrôler les assertions d'après lesquelles le bismuth contenu dans l'iodobismitol (préparation contenant du bismuth électro-négatif) aurait la faculté de pénétrer dans les centres nerveux plus facilement que le bismuth-cation des préparations communes.

Sur 18 malades neuro-syphilitiques, traités par divers sels courants

de bismuth, un seul présenta du Bi dans le liquide céphalo-rachidien à la dose de 0 mg. 01 de Bi métal dans 17 centimètres cubes de liquide. Il s'agissait d'un malade impaludé qui avait reçu des injections bismuthiques pendant la période fébrile.

On ne trouvait pas de Bi dans le liquide céphalo-rachidien de malades ayant reçu des injections bismuthiques au cours des traitements par la fièvre diathermique.

Sur 17 malades traités dans les mêmes conditions par l'iodobismuthite, deux présentèrent du Bi dans le liquide céphalo-rachidien : 0 mg. 0015 dans 2 centimètres cubes de liquide.

Ces recherches furent complétées par une étude expérimentale : cinq préparations bismuthiques, dont l'iodobismitol, furent injectées à doses massives à 30 lapins qui furent sacrifiés par la suite. La présence de bismuth fut constatée dans le cerveau de deux d'entre eux seulement ; l'un avait reçu de l'iodobismitol, le second du tartrate double de K et de Bi.

Ces faits confirment donc l'opinion de Levaditi dont les expériences n'ont pu démontrer la supériorité de l'iodobismuthite sur les autres sels bismuthiques.

S'il est certain que le liquide céphalo-rachidien contient plus d'anions que de cations et que les bromures et les iodures pénètrent aisément dans les milieux nerveux, rien ne prouve que le Bi, anion dans l'iodobismitol, ne change son affinité, une fois introduit dans l'organisme ; il est vraisemblable qu'il est transformé en un produit stable et éliminé sous cette forme. S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Le soi-disant « complexe primaire » de la tuberculose de la peau (The so-called « primary complex » of tuberculosis in the skin), par Brousgaard. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 545, vol. XLVI, n° 3, mars 1934, p. 113, 4 fig.

B. étudie et discute la pathogénie du chancre de primo-infection de la tuberculose. Il en décrit trois cas typiques chez des enfants de 4, 5 et 8 ans. S. Fernet.

L'ablation des ganglions cervicaux inférieurs et son action sur l'hyperhidrose et la cyanose des mains et des pieds (The removal of the inferior cervical ganglia and its effects on hyperidrosis and cyanosis of the hands and feet), par Leslie-Roberts. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 545, vol. XLVI, n° 3, mars 1934, p. 126.

L.-R. a pu guérir presque complètement un cas de cyanose et d'hyperhidrose des extrémités par l'ablation des ganglions cervicaux inférieurs, et des 1er et 2e dorsaux. S. Fernet.

Le complexe de l'infection et de l'allergie dans les réactions cutanées à l'arsphénamine avec considérations spéciales sur les épidermomycoses (The infection-allergic complex in arsphenamin dermatitic reactions, with special reference to dermatophytosis), par Stokes et Kulchar. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 545, vol. XLVI, n° 3, mars 1934, p. 134.

L'érythrodermie arsénobenzolique est pour S. et K. le résultat d'un complexe pathogénique. Parmi les divers facteurs qui interviennent, il faut tenir compte des infections microbiennes et mycosiques focales dont la présence crée une sensibilisation polyvalente qui favorise, précipite et active les réactions à l'arsénobenzol. Les infections microbiennes et mycosiques prédisposent par conséquent aux érythrodermies arsenicales.

Inversement un foyer d'infection microbienne ou mycosique chez un individu hypersensible peut subir une exacerbation sous l'influence de l'arsenic ou du bismuth. S. et K. citent plusieurs observations d'épidermomycose réveillée, activée ou généralisée à la suite d'un traitement par l'As ou le Bi. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Traitement des escarres de décubitus par le tanin (Treatment of decubitus with tannic acid), par Latimer. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 10, mars 1934, p. 751.

On a recommandé dernièrement les bains et les pansements au tanin pour le traitement des brûlures. L. a appliqué ce traitement aux escarres de décubitus ; on pratique toutes les heures des pulvérisations avec une solution aqueuse, fraîchement préparée, de tanin à 5 o/o et, dans les intervalles, on sèche la région avec un séchoir électrique. Il se forme au bout de 24 à 48 heures un enduit protecteur sec qu'on recouvre de gaze stérilisée. Sous cet enduit, qui ne tarde pas à se détacher, l'épidermisation se fait très rapidement. L'infection n'est pas une contre-indication à ce traitement à condition de pratiquer au préalable un nettoyage soigneux de la plaie et une désinfection légère.

La supériorité de ce traitement des escarres est incontestable.

S. Fernet.

International Journal of Leprosy.

Les lésions lépreuses des nerfs dans le derme et l'hypoderme (Leprous nerve lesions of the cutis and subcutis), par Muir et Chatterji. *International Journal of Leprosy*, vol. I, n° 2.

M. et C. ont pratiqué des biopsies sur des lésions anesthésiques ou achromiques récentes chez des lépreux. Ils décrivent dans ces lésions

jeunes, datant dans certains cas d'un mois à peine, des modifications déjà appréciables des filets nerveux du derme et de l'hypoderme.

S. FERNET.

Les formes granulaires du bacille de la lèpre (The granular forms of the leprosy bacillus), par HOFFMANN. *International Journal of Leprosy*, vol. I, n° 2.

Les formes granulaires du bacille de Hansen sont très nombreuses sur les coupes bien colorées. Certains granules sont si petits qu'ils sont à la limite de la visibilité. H. pense qu'une partie de ces granules résultent de la désintégration des bacilles sous l'influence du traitement, en particulier de l'huile de Chaulmoogra. Leur présence serait un critère du résultat du traitement.

Mais on trouve aussi des formes granulaires dans des cas non traités. Il faut donc admettre que certaines d'entre elles constituent des formes particulières du cycle évolutif du bacille de Hansen, formes de résistance, analogues aux spores, ou formes de reproduction.

S. FERNET.

Etude chimique des médicaments antilépreux (Chemistry of leprosy drugs), par COLE. *International Journal of Leprosy*, vol. I, n° 2.

Revue générale très documentée sur les médicaments antilépreux spécifiques (Chaulmoogra et ses dérivés), inorganiques (antimoine, arsenic, or, iode, etc.), synthétiques et spécialisés. S. FERNET.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Le numéro de février est entièrement consacré à la publication des Rapports de la XXVIIIe Réunion annuelle de la *Société italienne de Dermatologie et Syphiligraphie*. Ces Rapports ont fait déjà l'objet d'une analyse spéciale qui a été publiée dans notre numéro de mars.

A ces Rapports est joint le compte rendu des discussions auxquelles ils ont donné lieu.

En outre, nombreuses communications particulières, se rapportant aux questions discutées. On en trouvera l'énumération aux *Sommaires* (pages jaunes). BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Statistique de la R. clinique de Pise, de 1885 à 1930, en particulier au point de vue du mouvement des syphilitiques, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 3, mars 1934, p. 129.

S. s'est livré à un important et patient travail de statistique, qui porte sur les affections cutanées et vénériennes, traitées à la Clinique Universitaire de Pise, de 1885 à 1930, soit pendant une période de 45 ans. Bien entendu, comme dans tous les travaux semblables, il s'agit d'une

suite de tableaux, de diagrammes, de courbes, etc..., qui ne se prêtent à aucune analyse. On ne peut que signaler quelques particularités les plus saillantes. L'auteur se garde du reste de céder à l'illusion des chiffres et il sait bien que l'on ne doit pas prêter aux statistiques une valeur sans réserve. Il est inutile de rapporter quelques aphorismes humoristiques sur la valeur des statistiques. Les chiffres des statistiques doivent être discutés et interprétés, en tenant compte de toutes les contingences.

Entre autres causes d'erreur, S. signale le fait que beaucoup de malades vont et viennent, d'une consultation à l'autre, au gré de leur fantaisie et se trouvent ainsi portés sur plusieurs statistiques différentes, de sorte que les chiffres donnent une idée très infidèle du nombre des cas de contagion. Ainsi, c'est donc en Italie la même « pagaie » qu'en France, à laquelle il serait pourtant facile de remédier, car ce n'est qu'une question d'organisation, et, sans supprimer le fameux « libre choix », même aux membres de la *cosidetta*, classe des « travailleurs » (à supposer qu'ils soient à même de faire ce choix judicieusement) on pourrait cependant les empêcher de manifester dans cette liberté de choisir des variations et une inconstance par trop fantaisistes. Non seulement les malades seraient ainsi mieux soignés, mais on éviterait en outre un important gaspillage de temps, d'argent et de médicaments.

Une seconde cause d'erreur, pour la période actuelle, réside dans la crise économique, qui a pour effet d'augmenter l'affluence aux consultations gratuites de malades qui, en d'autres temps, auraient eu recours aux traitements rémunérés, soit parce que leurs ressources diminuées ne leur permettent plus d'y recourir, soit, plus souvent encore, parce que c'est avant tout, sur les dépenses médicales qu'ils estiment devoir faire porter leurs restrictions.

Portant sur une aussi longue durée, la statistique nous offre évidemment des chiffres importants, mais qui n'ont rien de sensationnel, pour les médecins qui ont été des vénéréologistes de guerre. Ainsi en 45 ans, il y a eu 1.424 accidents primaires. C'est ce que l'on avait en 15 ou 18 mois dans les services de vénéréologie des armées.

Trois faits dominent cette statistique :

1° La diminution considérable du chancre mou. Mais S. fait remarquer qu'il ne faut pas être trop optimiste, car cette affection, ainsi qu'il le montre en comparant différents chiffres, est sujette à de grandes variations d'une époque à l'autre, qu'elle se manifeste souvent sous la forme de véritables épidémies, de sorte qu'il ne faudrait pas s'étonner d'assister un jour ou l'autre à une recrudescence du chancre mou, succédant à cette diminution.

2° L'augmentation des cas de syphilis latente, qui montre les progrès de l'éducation prophylactique du public.

3° L'augmentation des cas de syphilis primaire depuis 1928, alors

qu'en 1926-1927, il y avait une diminution importante qui avait fait entonner à certains des chants de victoire un peu prématurés. Actuellement, à Pise, l'augmentation des cas d'accident primaire est dans le rapport 3,60 : 1, et pour l'ensemble des villes italiennes, il est de 1,08 : 1. S. discute les causes de cette augmentation, et montre qu'il n'y a pas une cause univoque, mais une association de facteurs d'ordre divers, les uns généraux, les autres locaux, car l'augmentation est très variable selon les localités, et dans certaines villes, il y a au contraire une diminution.

Il conclut de cette étude statistique que la diminution des maladies vénériennes ne doit jamais être une raison de relâchement dans la lutte prophylactique, sous peine d'assister rapidement à des recrudescences.

BELGODERE.

A propos de l'opportunité d'instituer un « livret pour la prophylaxie » obligatoire pour les prostituées surveillées, par Italo LEVI. *Il Dermosifilografo,* 9e année, n° 3, mars 1934, p. 177.

L. commente une proposition faite par Lantieri et Maccari, d'instituer, à l'usage des prostituées, un « Livret prophylactique » où seraient mentionnés les résultats des examens sanitaires, les antécédents vénériens, les traitements suivis, les résultats des examens sérologiques, etc... Ce livret n'aurait pas seulement en vue les maladies vénériennes, mais comporterait aussi des indications sur l'état général, sur les maladies constatées, et notamment la tuberculose, qui souvent, comme la syphilis, se propage par la voie de la prostitution.

L. fait observer que ce vœu est déjà réalisé dans certaines villes de l'Italie, et notamment dans la province de Trieste, dont il est Inspecteur dermo-syphiligraphique. Du reste, dans sa circonscription, le nombre de prostituées atteintes de lésions pulmonaires avec constatation du bacille de Koch, s'est montré tout à fait insignifiant.

BELGODERE.

Sur la méthode de recherche du spirochète pâle, par Constantino IGEVSKY (de Moscou). *Il Dermosifilografo,* 9e année, n° 3, mars 1934, p. 180.

Ce syphiligraphe russe, après avoir rappelé les difficultés que l'on rencontre parfois dans la recherche du tréponème sur des lésions suspectes, par exemple par suite de l'application intempestive d'antiseptiques, indique le procédé suivant, qui lui a donné, dit-il, des résultats excellents.

Il consiste à toucher la lésion suspecte avec une anse de platine incandescente : il se produit, sous l'influence de cette cautérisation, un afflux de sérosité pure, sans mélange d'érythrocytes ou de leucocytes, ou de germes associés, et dans laquelle l'examen à l'ultra donne souvent des résultats positifs, alors que, par les autres méthodes usuelles, les examens étaient restés négatifs.

Il cite plusieurs observations assez démonstratives, par exemple, celle d'une femme qui présentait : alopécie, polyadénopathie, raghades linguales. Où faire, dans un tel cas, le prélèvement ? Au niveau de la fourchette, il y avait une petite tache blanchâtre rosée, sur laquelle le procédé de l'anse de platine rougie fut appliqué : il se forma une petite bulle, dans la sérosité de laquelle on put déceler des tréponèmes.

BELGODERE.

Medycyna (Varsovie).

Du rôle de la syphilis dans les lésions congénitales du cœur chez l'enfant, par MIKULOWSKI. *Medycyna,* n° 4, 21 février 1934, p. 120.

L'accord n'étant pas fait sur l'étiologie des lésions congénitales du cœur chez l'enfant, M. cite quatre observations de cyanose congénitale, rentrant dans le cadre de la tétralogie de Fallot, chez des enfants dont l'hérédité syphilitique a pu être contrôlée. S. FERNET.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Cinq années de travail sur le contrôle du traitement des malades vénériens, par G. N. GOUSSEFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 7, 1933, pp. 477-488.

Tout d'abord, l'auteur décrit le système permettant des visites suivies des malades au dispensaire vénérologique. En cas d'absence prolongée et non motivée du malade, il est convoqué par lettre ou par une infirmière spéciale ou même par le médecin. Il en est de même des malades qui doivent se présenter à des délais fixes et qui ne viennent pas. L'auteur rapporte ensuite les résultats de ce contrôle du traitement des malades observés de 1927 à 1931.

Se basant sur l'analyse de ces données statistiques et thérapeutiques, il arrive aux conclusions suivantes : Comme mesure officielle, le contrôle des malades vénériens irréguliers se justifie tout à fait. Une grande quantité des malades convoqués au dispensaire s'y présentent et terminent le traitement. Le contrôle agit comme mesure hygiénique et éducatrice, car le nombre des malades irréguliers diminue d'année en année. Il contribue donc à l'abaissement du vénérisme. En cas de changement de domicile du malade, le dispensaire doit avertir les organes de santé correspondants afin qu'ils puissent suivre le vénérien ayant besoins de soins ultérieurs. Le contrôle doit porter aussi sur la famille du malade qui a pu être infectée, surtout la femme du malade. Tout en éduquant le malade, il faut lui expliquer les lois sur le traitement obligatoire des maladies vénériennes et la punition pour la contagion d'autrui. BERMANN.

Les dermatoses provoquées par le goudron à l'usine de produits chimiques de Magnitogorsk, par D. S. Leitmann. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 7, 1933, pp. 496-501.

La constatation en 1932 de ces dermatoses professionnelles parmi les ouvriers de l'usine de Magnitogorsk (Oural) a incité l'auteur à examiner tous les ouvriers en vue de leur étude spéciale. Sur 46 ouvriers, il en a trouvé 28 atteints plus ou moins gravement. Tous avaient affaire au goudron de houille. L'atteinte de la peau survient dès après quelques jours de travail et sa gravité dépend de la quantité de goudron en contact avec la peau, de la force d'irradiation solaire, du stage, de l'âge et de l'hygiène de l'ouvrier. On observe une dermatite, une hyperpigmentation, une hyperkératose folliculaire et une conjonctivite, ainsi qu'une chéilite. Le goudron se révèle comme un agent mécanique et photodynamique ou chimique. Au point de vue mécanique, le goudron provoque des comédons, des follicules et une acné par obturation des follicules pileux des parties découvertes. Au point de vue chimique ou photodynamique, il provoque une dermatite de la face, puis une desquamation consécutive, surtout aux jours de soleil intense. Peu à peu, la peau se dessèche, se fendille et de desquame ; ensuite, elle se pigmente. Ces processus peuvent s'étendre non seulement aux parties découvertes, mais aussi aux régions couvertes, par exemple, le tronc et les extrémités inférieures. La mélanodermie diffuse qui en résulte s'explique par une intoxication par les substances des séries acridinique, anthracénique et phénanthrénique, qui passent du poumon et de l'estomac (résination et déglutition) dans la lymphe et le sang, où elles activent l'effet du soleil sur la peau. Quelques mois plus tard, on observe aussi des proliférations papillomateuses siégeant aux parties découvertes les plus traumatisées par le soleil, c'est-à-dire, à la face. Ce syndrome — la peau du goudron — est prurigineux et douloureux à la période aiguë et subaiguë.

A titre prophylactique, l'auteur préconise de rationaliser et de mécaniser les procédés de fabrication, de les rendre hermétiques, automatiques, d'améliorer l'hygiène de l'usine et de l'ouvrier, de munir celui-ci de vêtements imperméables et de faire onctionner à la vaseline les parties découvertes.

Bermann.

Contribution à la spécificité de la trichophytine et de l'allergie de la peau dans les dermatomycoses, par M. M. Itkine. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 7, 1933, pp. 502-508.

L'auteur a préparé une trichophytine sèche semblable à celle de Bloch, Schaaf et Labouchere, mais avec cette différence que l'*Achorion Quinckeanum* employé par lui a été cultivé non pas sur l'eau peptonée, mais sur le bouillon de viande. Ce produit contenait environ deux fois plus d'azote et en général des acides aminés. Les injections se faisaient à la dose de 0 cc. 10 d'une solution à 1 o/o aux dilutions de 1 : 50-

1 : 2.000. Elles ont été pratiquées sur 94 sujets dont 32 sains, et 62 atteints de dermatoses variées. En outre, les mêmes injections ont été administrées à 51 sujets atteints de dermatomycoses. Les recherches de l'auteur lui permettent de tirer les conclusions suivantes : Toute trichophytine, semble, en plus du principe allergène spécifique, contenir une partie composante non spécifique qui provoque les réactions non spécifiques. Pour exclure l'influence du principe non spécifique et pour éviter les réactions non spécifiques lors du diagnostic, il faut diluer l'allergène jusqu'au moment où il perd la faculté de provoquer la réaction chez les sujets sains, c'est-à-dire qu'il faut établir son titrage utile. Pour établir ce titrage, il faut choisir des sujets tout à fait sains ou des porteurs de dermatoses diverses, sauf l'eczéma ou le psoriasis, mais toujours indemnes de dermatomycoses. La trichophytine sèche permet l'emploi des grandes dilutions et une grande précision des dosages, donc des avantages manquant aux autres trichophytines. En plus, la trichophytine sèche exige des études ultérieures sur la possibilité de la débarrasser de la partie composante non spécifique et purement irritante. BERMANN.

Sur le raclage des condylomes acuminés par la curette tranchante de Bruns et de Wolkmann, par A. E. FAÏNE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i matologii*, n° 7, 1933, pp. 509-510 avec 6 photographies sur planche.

De 1930 à 1932 inclus, l'auteur a soigné 45 cas de végétations, dont 18 ont été observés chez des malades blennorragiques, 3 chez des syphilitiques secondaires latents, 1 chez un malade porteur d'uréthrite non gonococcique et 23 chez des malades non vénériens. Ces 45 cas traités par l'auteur appartiennent à 29 hommes et 16 femmes ; dans 3 cas, le siège des condylomes acuminés était à l'entrée de l'urèthre. La plupart des végétations étaient situées au gland, au prépuce, à la vulve, au vagin, au col utérin et au pourtour de l'anus.

La technique employée par l'auteur consistait en un lavage préalable du champ opératoire à l'eau phéniquée ou boriquée à 2 o/o et à l'alcool, puis à la teinture d'iode. On enlève d'abord les végétations proéminentes, puis les plus profondes siégeant sur les téguments mêmes. La plaie est badigeonnée à la teinture d'iode. On n'observe pas de grandes hémorragies, si l'on procède doucement, surtout au frein, en évitant l'artériole du frein. Après l'opération, on met un pansement sec, puis des compresses au nitrate d'argent à 3-5 o/o durant une semaine. Le raclage se fait toujours en une seule séance qui dure 10 à 15 minutes. L'anesthésie à la novocaïne-adrénaline n'est employée qu'en cas de végétations abondantes. Les récidives n'ont été observées que dans 5 cas, chez des hommes. BERMANN.

L'évolution de la syphilis chez les enfants nés avant terme et débiles congénitaux, par W. R. SKLAR. *Sovietsky Vestnik Vénérologii et Dermatologii*, n° 7, 1933, pp. 511-518.

L'auteur a étudié 79 enfants prématurés et débiles congénitaux observés sur le matériel du service syphilitique de l'Institut d'État de la Protection de la Maternité et de l'Enfance, à Moscou. Ces 79 cas constituent 8,9 o/o des 913 enfants entrés dans le service au cours des 12 années étudiées (1920-1931). La grosse majorité des enfants nés avant terme avaient de 7 mois et demi à 8 mois un quart. La plupart des enfants avaient un poids de 2.000 à 2.500 grammes et de 55 à 70 o/o d'hémoglobine. Au point de vue clinique, les accidents syphilitiques étaient localisés : à la peau, dans 45 cas ; aux viscères, dans 39 cas ; aux os, dans 51 cas, aux yeux, dans 5 cas ; ces accidents étant combinés entre eux. Dans 51 cas, il y avait du rachitisme. La réaction de Bordet-Wassermann chez 64 enfants entrant dans le service était fortement positive dans 33 cas, faiblement positive dans 13 cas et négative dans 18 cas. Le liquide céphalo-rachidien examiné chez 10 enfants a montré 2 résultats fortement positifs, 2 résultats faiblement positifs et 6 cas négatifs. La durée de l'observation des enfants malades a été de 1 mois à 1 an et la mortalité parmi ces 79 enfants de 36 o/o (28 cas). Le traitement spécifique a été fait à 67 enfants, dont 49 ont présenté une augmentation de poids et 18 une diminution. Les enfants étaient nourris au sein, la plupart des enfants décédés ont été justement ceux qui n'avaient pas, dans la plupart des cas, d'allaitement maternel, étaient âgés de moins de 2 mois et n'avaient pas été traités ; la plupart avaient un Bordet-Wassermann positif. L'autopsie a montré des lésions viscérales de presque tous les organes. Les 47 mères examinées étaient dans la plupart des cas des ménagères, ayant une syphilis tertiaire latente, non traitée, ignorée (41 cas). Elles en étaient à leur première ou deuxième grossesse et présentaient dans 30 cas une réaction de Bordet-Wassermann positive.

L'auteur conclut à la nécessité du dépistage soigneux de la syphilis au cours de la grossesse et au traitement énergique des femmes syphilitiques enceintes.

Bermann.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie. Hôpital St-Louis.

COURS DE PERFECTIONNEMENT

DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

sous la Direction de M. le Professeur GOUGEROT

Le prochain cours de **Dermatologie** *aura lieu du* 1er *au* 27 octobre 1934.

Le prochain cours de **Vénéréologie et Syphiligraphie** *aura lieu du* 29 octobre *au* 24 novembre 1934.

Le prochain cours de **Thérapeutique Dermato-Vénéréologique** *aura lieu du* 26 novembre *au* 20 décembre 1934.

Un cours de **Technique de Laboratoire** aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 400 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra violets, finsenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon de la Faculté).

NÉCROLOGIE

Achille LOUSTE

A nouveau, l'École de Saint-Louis est endeuillée par la mort d'Achille Louste. Quoique né, le 1er août 1876, à Mesnil-le-Roy, en pleine Ile-de France, sa haute stature d'homme du Nord blond, l'apparentait, comme il aimait à le dire, à ces Northmen, venus autrefois des Pays Scandinaves... Son aspect robuste, son teint coloré, donnaient l'impression du chêne sur lequel la cognée du temps devait s'émousser ; pour tous ses élèves et ses familiers, cette impression persiste encore au delà de la mort ; ceux qui partageaient sa vie d'hôpital ne peuvent réaliser sa disparition ; ils s'attendent à tout instant à voir sa silhouette familière, son sourire, son calot de toile blanche, apparaître au-dessus du cortège des stagiaires.

Quel merveilleux conteur c'était ! Quand le sort voulait qu'une présentation de malade, une discussion sur un point de diagnostic, l'orientât vers ses souvenirs, c'était pour ceux qui l'écoutaient, l'impossibilité d'échapper au charme de sa parole : souvenirs d'hôpital, de concours, de congrès, figures de médecins disparus, revivaient devant eux ; jamais l'auditeur ne partait les mains vides : la pensée, spirituelle et brillante, reposait sur un fond solide ; elle provoquait, par une façon neuve d'envisager les faits, un aperçu nouveau, dégageait d'éléments connus, une hypothèse ingénieuse.

Parfois, l'entretien s'évadait des sujets médicaux : Pignot, le plus ouvert d'entre nous à l'art musical, était alors l'auditeur préféré : la musique était, en effet, un des thèmes favoris de Louste. Il l'aimait autant que la médecine. Il était plus que dilettante : c'était un véritable professionnel. Ténor wagnérien, il avait assumé des rôles difficiles ; il parlait de Paul Faure, de Delmas, ses maîtres, avec vénération. Il connaissait la technique de la plupart des instruments ; et nous voyons encore l'ébahissement d'un violoncelliste de l'Opéra, entendant Louste lui décrire les différentes attitudes de la conduite de l'archet sur le violoncelle.

Il racontait volontiers qu'au début de sa carrière, deux voies s'ouvraient à lui, et qu'il avait hésité entre le chant et la médecine : ses dons physiques l'eussent porté au premier rang dans l'une comme dans l'autre ; sa sensibilité, sa bonté, devaient l'orienter vers la dernière.

Sensible et bon : il n'était que de le voir interroger un malade, une



Achille Louste (1876-1934).

femme surtout, désemparée par la révélation brusque d'une maladie que le public, s'il ne la croit plus honteuse, considère encore comme impitoyable : quelques minutes d'entretien, et l'être, tombé au plus profond du désespoir, reprend courage, se raccroche à une espérance, et, à travers ses larmes, rit à une boutade du médecin — du bon Méde-

cin et du Médecin bon qu'était Louste. Combien d'hommes et de femmes, acteurs et victimes du drame vénérien, a-t-il, par sa sensibilité, son magnétisme personnel, son sourire, sauvé du suicide ?

Ses qualités d'élocution, son sens clinique, furent les facteurs d'une carrière brillante : élève et externe de Queyrat, de Beurmann, Besançon, Hudelo, il fut reçu second à l'internat en 1901. Interne de Brun, de Renon et de Hirtz, de Brault, il reçut en 1904 son initiation dermatologique chez Gaucher, dont il devint ensuite le chef de clinique. C'est de ce dernier Maître, pour lequel il avait conservé une profonde affection, de Brault et d'Aug. Pettit, qui, dans les laboratoires de la Faculté et du Muséum (1902-1905) lui avaient imprimé sa discipline anatomo-pathologique, qu'il parlait le plus volontiers. De cette période datent, en collaboration avec Gaucher, ses premiers travaux de syphiligraphie : *Syphilis héréditaire dystrophique avec achondroplasie* (1905), *Hérédo-syphilis simulant la tuberculose, le* kraurosis vulvæ *et son origine syphilitique.* Dès cette époque, cependant, il publie avec Loeper les résultats de ses recherches biologiques sur le passage dans le sang des microbes et des cellules néoplasiques, et met au point une méthode permettant de déceler la présence du bacille de Hansen dans le sang circulant ; ces recherches annonçaient sa thèse (1906), sur la bactérioscopie et la cytoscopie du sang et des liquides hémorragiques par l'hémolyse immédiate (Érythrocytolyse). Louste fut nommé Médecin des Hôpitaux en 1913, Médecin de Saint-Louis en 1920. Parmi ses travaux les plus importants, il faut citer ses recherches avec Montlaur, les premières en date, sur le rôle de la cholestérine dans la réaction de Bordet-Wassermann, montrant que l'addition de quantités infinitésimales de cholestérine ou de lécithine au sérum des animaux permet de produire à volonté toute la gamme de l'échelle de Vernes, expérience princeps, qui devait, 19 ans plus tard, soulever d'importantes discussions à la Réunion dermatologique de Strasbourg, sur le Bordet-Wassermann irréductible. Nous rappellerons ses travaux sur la splénomégalie de la période primaire de la syphilis, ses recherches histologiques, avec Cailliau, sur le mycosis fongoïde, sur la maladie de Hodgkin, sur la maladie de Paget du mamelon, démontrant, avec coupes à l'appui, qu'il s'agit d'un cancer d'emblée, non précédé de dyskératose, naissant le plus souvent des canaux galactophores, mais parfois d'origine sudoripare ou sébacée ; sur l'irradiation aux ultra-violets dans le vitiligo, la sensibilisation aux essences, l'ionisation au thallium, avec Juster ; sur les leiomyomes cutanés, l'érythrodysplasie verruciforme, avec Lévy-Franckel et Cailliau ; sur la thérapeutique de la syphilis, par les nouveaux composés pentavalents et trivalents. Louste insista à plusieurs reprises, avec D. Thibaut, sur le traitement du lupus tuberculeux et des cancroïdes cutanés par l'exérèse chirurgicale.

A côté de son œuvre scientifique, il ne faut pas oublier l'importance de son œuvre sociale : avec Mme Getting, il créa le service social à

l'Hôpital Saint-Louis ; il en fut le premier secrétaire général, et présida la section de dermato-syphiligraphie.

Pendant la guerre, grâce à l'appui et à l'affection de Roux, dont il avait été l'élève à l'Institut Pasteur, il fit créer sur son initiative, le poste d'Adjoint technique au Directeur du Service de Santé ; il fut le premier de ces Adjoints techniques, grâce auxquels fut organisée la lutte contre les maladies infectieuses ; cette création fut étendue ensuite à toutes les régions militaires. Pendant la bataille de la Marne, en septembre 1914, il a, simple aide-major, organisé, dans des bâtiments éloignés les uns des autres de trois kilomètres, à Attichy, un hôpital, faisant nuit et jour, à cheval, la navette pour soigner ses blessés ; ce qui lui valut une citation et la Croix de guerre.

L'importance de son œuvre, la sympathie universelle dont il était l'objet, sa parfaite connaissance des règlements, des événements scientifiques français et étrangers, faisaient de Louste le Secrétaire général tout désigné de la Société de Dermatologie, du Syndicat des Dermatologistes de langue française, du Comité français des Congrès internationaux de Dermatologie. Il l'était encore au moment de sa mort, et c'est à une réunion du Comité de Direction de la Société de Dermatologie qu'il ressentit les premières atteintes du mal qui devait l'emporter, réunion à laquelle il tint à assister, malgré le profond malaise et les douleurs alarmantes, devant lesquels toute autre volonté que la sienne eût été contrainte de plier.

Nous voulons dire ici, à sa famille, à Mme Louste, à ses enfants, à sa mère, qui, quoique octogénaire, tint à l'accompagner à sa dernière demeure, le petit cimetière de Mesnil-le-Roy, quelle cruelle douleur fut pour ses élèves et ses amis, la mort de leur Maître, Achille Louste.

LÉVY-FRANCKEL.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE DE QUELQUES MYCOSES OBSERVÉES A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE BORDEAUX

(Professeur PETGES)

Par le docteur LECOULANT,
Ancien chef de Clinique dermatologique,
Préparateur du Laboratoire régional de Sérologie.

En pratiquant des cultures systématiques pour chaque mycose diagnostiquée ou soupçonnée par le professeur Petges, à la Clinique dermatologique, et sous sa direction, nous avons pu grouper un certain nombre d'observations curieuses par la forme inaccoutumée du parasite.

Les recherches ont été faites suivant les techniques classiques :

1° Examens des fragments parasités (squames, cheveux, ongles, pus) à la potasse à 40 o/o.

2° Ensemencements sur le milieu de différenciation de Sabouraud (gélose maltosée ou glucosée, peptone granulée de Chassaing).

3° Isolement et repiquage sur gélose non sucrée (milieu de conservation).

4° Cultures en gouttes pendantes (milieu de Sabouraud sans gélose).

5° Inoculations par scarifications à l'oreille du rat blanc ou du cobaye.

6° Cultures à partir des lésions d'inoculation.

Observation I (Professeur Petges). — Dysidrose plantaire due à Trichophyton à culture pléiomorphique d'emblée, G... André, 22 ans, se présente à la consultation de la Clinique dermatologique le



Fig. 1.

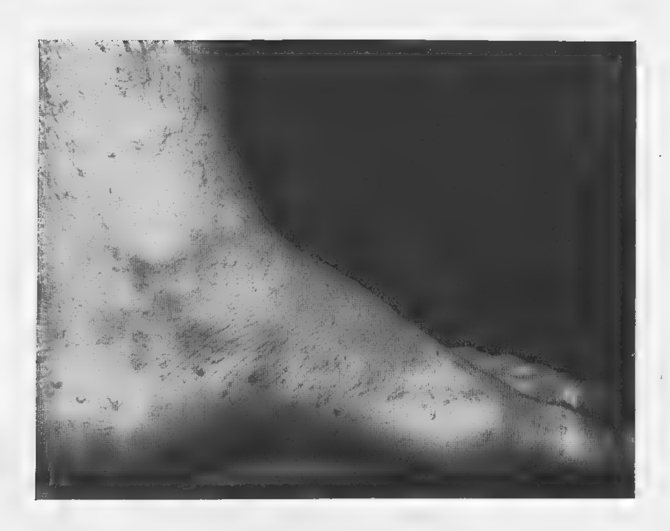


Fig. 2.

24 décembre 1932 pour une dysidrose de la face latérale interne et de la plante des deux pieds. L'aspect des lésions est classique. Le développement des vésicules est parfois considérable comme en témoigne la photographie ci-contre. Le prurit est pénible, surtout nocturne.



Fig. 3

Examen microscopique. — On prélève le plafond des vésicules au rasoir et on examine après éclaircissement dans la potasse à 40 o/o. On y trouve de nombreux filaments de taille variable ruba-



Fig. 4. — Culture de 10 jours.

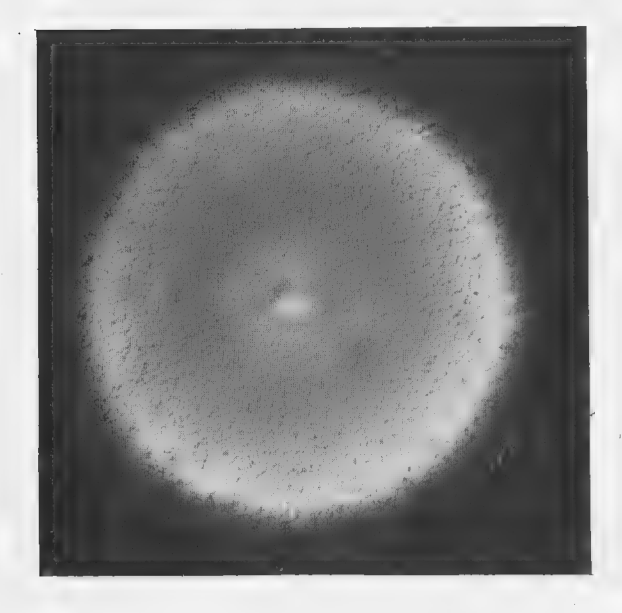


Fig. 5. — Culture de 20 jours.

nés, formés de spores rectangulaires, réfringents et fragiles. Quelques filaments sont moins réguliers, moniliformes.

Culture. — La culture est constituée par un feutrage de filaments réguliers, rubanés, cloisonnés avec quelques grappes de spores externes et de nombreuses vrilles à spires régulières sans ébauches de périthèces. On ne trouve pas de fuseaux, ni d'organes nodulaires. Ces caractères microscopiques sont ceux des trichophytons *gypseum* et pourtant la culture est exubérante, duveteuse, blanche (elle prendra une teinte toile écrue en vieillissant). Elle rappelle les formes pléiomorphiques des *gypseum*.

Observation II (Professeur Petges). — *Herpès circiné contracté aux Antilles et provoqué par le Trichophyton* rosaceum.

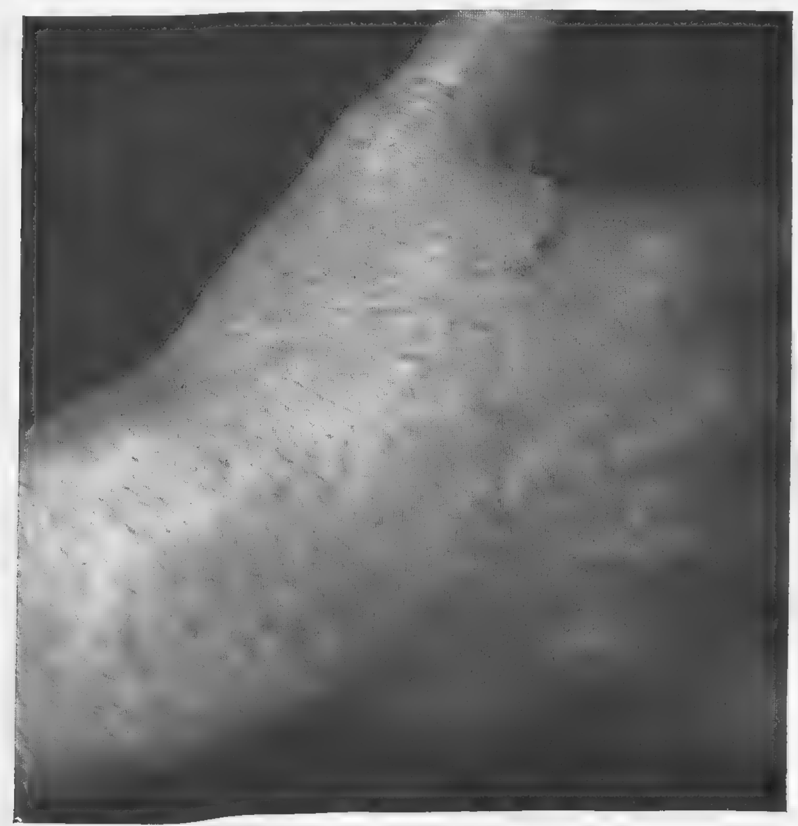


Fig. 6

D... Henri, étudiant en pharmacie, présente depuis plus de 3 ans (date de son arrivée en France) des placards d'herpès circiné sur les poignets, le dos des mains, le visage. Ce sont des placards festonnés à centre squameux plus pâle, à bordure saillante squameuse, à peine vésiculeuse, d'un rouge violacé. Les lésions ont résisté aux nombreux traitements appliqués jusqu'à ce jour, en particulier aux badigeonnages iodés.

Examen microscopique. — Les squames prélevées en bordure

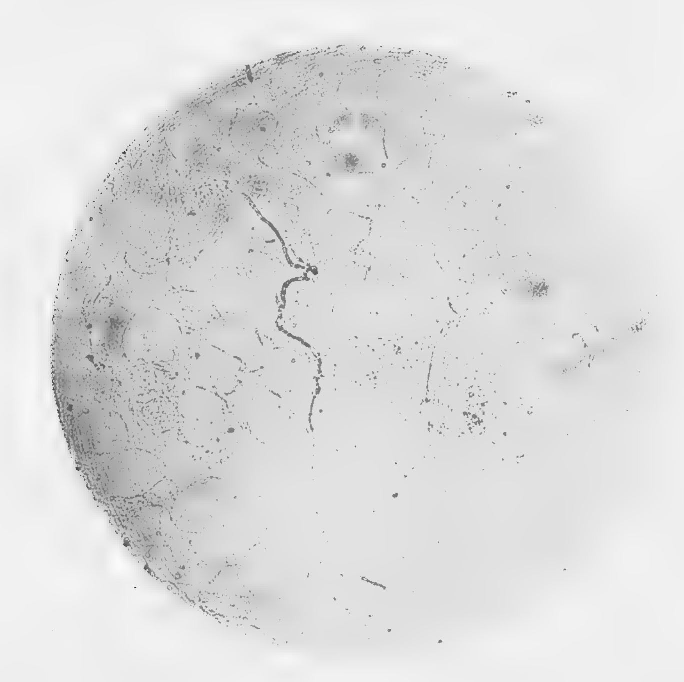


Fig. 7. — Squame traitée par la potasse à 40 o/o : objectif : 8 ; oculaire : 4.

des placards sont examinées dans la potasse à 40 o/o. Elles contiennent des filaments mycéliens rubanés et spontanés réguliers du type trichophyton.

Cultures. — Les cultures pratiquées sur milieu de Sabouraud sont constituées par de belles colonies blanches, duveteuses, à fond rose sans pigment diffusible du type trychophyton *rosaceum*. L'examen des cultures en gouttes pendantes confirme le diagnostic

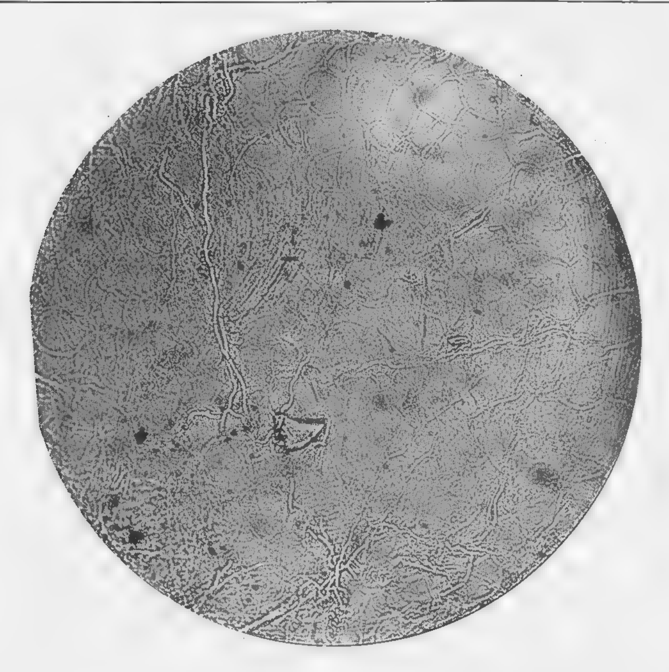


Fig. 8. — Squame traitée par la potasse à 40 o/o : objectif : 8 ; oculaire : 4.



Fig. 9
Cultures en goutte pendante : objectif : 5 ; oculaire : 4.

mycologique. Il s'agit donc d'une forme d'herpès circiné particulièrement tenace, contractée aux Antilles et due au trichophyton *rosaceum*.



Fig. 10
Cultures en gouttes pendantes : objectif 5 ; oculaire : 4.

Le malade traité par des applications de pommade à la chrysarobine à 1/100ᵉ et des badigeonnages avec la solution alcoolique d'iode salicylé à 1/100ᵉ est revu 15 jours après, amélioré mais non guéri. Il continue le traitement.

Observation III. — *Culture première d'Epidermophyton à type de* Grubyella.

M... Marcel est hospitalisé dans un service de chirurgie à l'hôpital Saint-André ; il est adressé à la consultation de la Clinique dermatologique le 22 février 1933 pour des grands placards d'épidermophytie des régions inguino-crurales, de la face postérieure de la cuisse gauche et des deux fesses.

Examen microscopique. — L'examen des squames après éclaircissement par la potasse à 40 0/0 montre de nombreux filaments mycéliens rubanés, réguliers, sporulés, à éléments rectangulaires ou carrés.

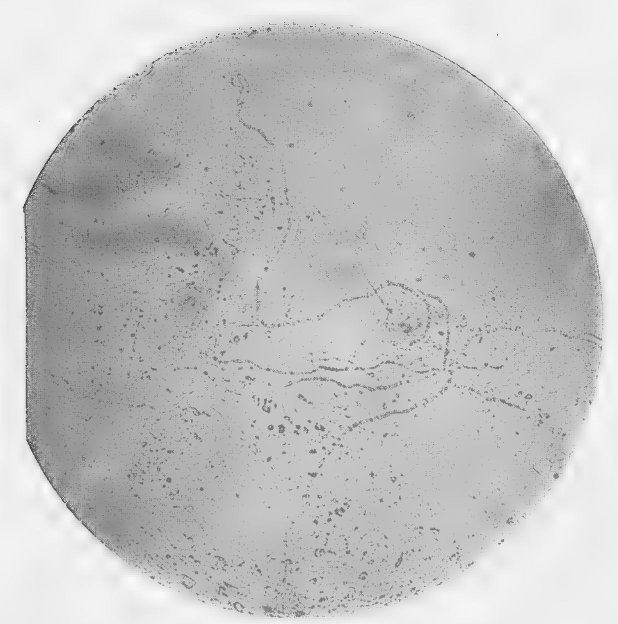


Fig. 11. — Squames traitées par la potasse à 40 o/o, filaments mycéliens rubanés, réguliers, sporulés ; spores carrées à double contour avec noyau parfois visible : objectif : 8 ; oculaire : 4.

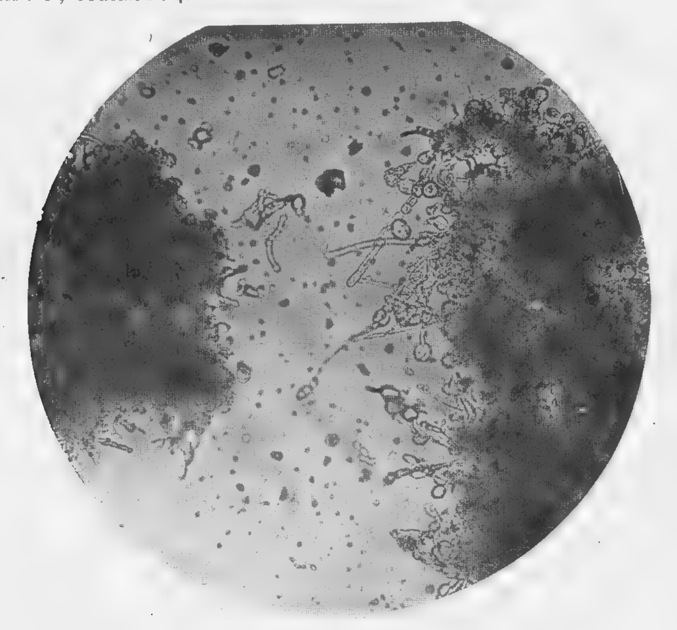


Fig. 12. — Fragment de culture rocheuse dissocié dans du sérum physiologique. Pas de faisceaux mais des filaments moniliformes et de grosses chlamydospores arrondies ou ovoïdes. Aspect microscopique de trichophyton faviforme.

Cultures. — Les cultures, faites sur milieu de différenciation de Sabouraud, poussent très lentement. Au bout de 3 mois elles se présentent sous la forme de colonies peu vivaces de 2 centimètres de diamètre, glabres, rocheuses, plissées sans cassure, de couleur vieille cire. On a l'impression d'un trichophyton faviforme ou d'un achorion.

L'examen microscopique d'un fragment de cette culture fait éga-

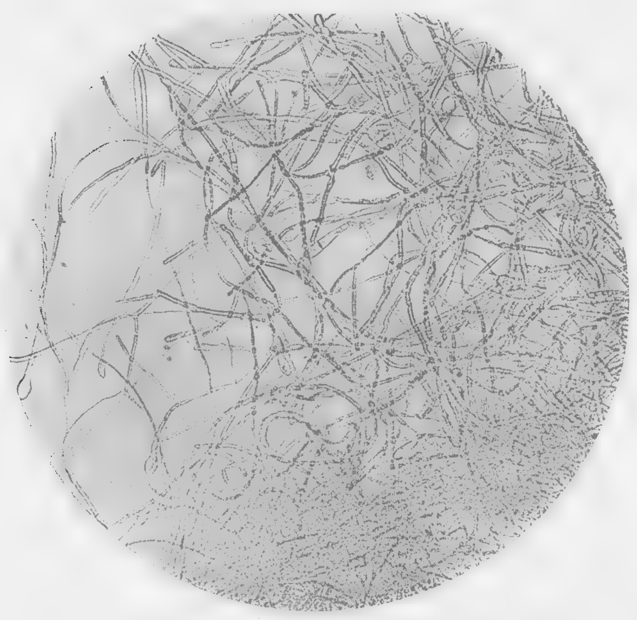


Fig. 13. — Fragment de culture pléiomorphique. Dans le feutrage des filaments rubanés quelques ébauches de faisceaux parfois cloisonnés. Quelques chlamydospores ovoïdes intercalaires ou terminales.

lement penser à un trichophyton faviforme, on ne trouve en effet que des chlamydospores terminales ou intercalaires, de grandes dimensions, arrondies ou ovalaires.

Après quelques jours ces cultures se recouvrent d'un duvet blanc d'apparence pléiomorphique. Examiné par dissociation dans du sérum physiologique, il ne contient que quelques éléments massués uni ou pluriseptés et quelques grosses chlamydospores.

On procède alors au repiquage des cultures faviformes sur le

milieu et on obtient des cultures très différentes, particulièrement vivaces qui, elles, ont les caractères classiques macroscopiques et microscopiques des épidermophytons.

Macroscopiquement, ce sont des disques duveteux de couleur violine, qui, au 12e jour, ont un diamètre de 2 cm. 5. Dans la suite, la périphérie seule de la culture reste constituée par le duvet rampant, couleur violine, alors que le centre devient légèrement poudreux,

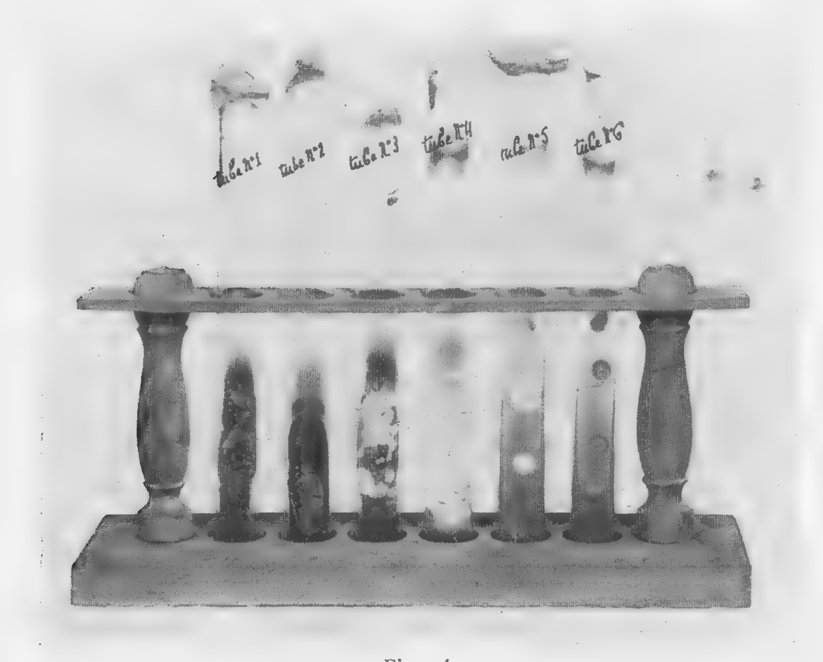


Fig. 14

Tubes 1 et 2. — Culture mère, rocheuse, couleur cire vierge du type *Grubyella*.

Tube 3. — Culture mère en voie de dégénérescence pléiomorphique.

Tubes 4 et 5. — Repiquage de la culture pléiomorphique. Rappelle le duvet pléiomorphique des épidermophytons. (Centre). Semis et plicature.

Tube 6. — Culture provenant du tube (1) par repiquage. Pas de pléiomorphisme, aspect macroscopique et microscopique de l'épidermophyton *inguinale*.

d'une belle couleur jaune verdâtre (citron à peine mûr). De la dépression centrale partent des sillons radiés qui s'étendront à toute la culture.

Ce sont, en somme, les caractères macroscopiques de l'épidermophyton inguinal.

Microscopiquement. — En bordure des cultures on trouve des filaments rubanés, réguliers et de gros éléments ovoïdes intermédiaires aux chlamydospores arrondies et aux fuseaux. Dans la partie poudreuse de la culture on ne trouve plus que les fuseaux classiques de l'épidermophyton.

Cette observation est intéressante par le caractère anormal des

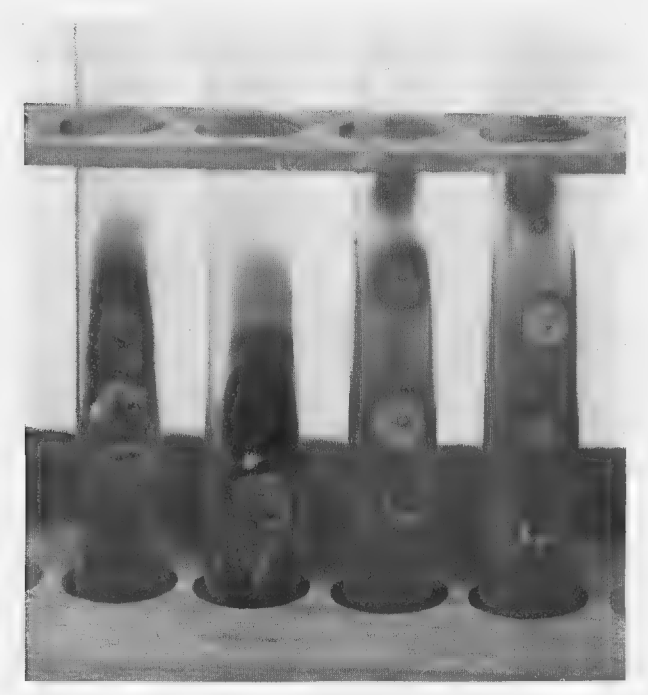


Fig. 15. — Les deux premiers tubes : culture mère rocheuse de couleur vieille cire, type *Grubyella*, cultures de 3 mois.
Les deux derniers tubes : repiquage à partir d'une des deux autres cultures. Type épidermophyton, cultures de 8 et 10 jours.

cultures primitives qui, macroscopiquement et microscopiquement, donnent l'impression de trichophytons faviformes ou d'achorion (genre *Grubyella*), aspect différent des formes de sénescence des trichophytons que nous connaissons bien pour les avoir constatées dans d'autres cultures. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description qu'en donne Sabouraud dans *Les Teignes*,

page 442. « Après 3 à 4 semaines environ, la culture commence à perdre sa couleur jaune verdâtre et à prendre une teinte grise plus neutre. Vers cette époque, apparaissent en divers points de petites protubérances grosses comme des têtes d'épingles qui grandiront peu à peu. Elles sont blanches, grises ou jaunes, d'abord duveteuses comme la culture mère, de couleur un peu différente. Si on les

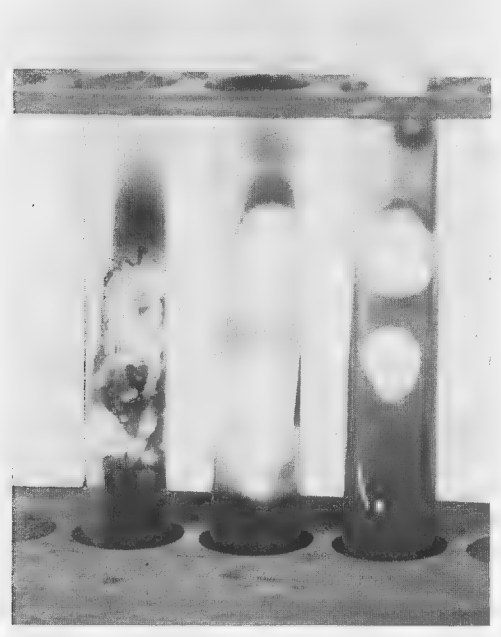


Fig. 16. — Le premier tube : dégénérescence pléïomorphique. Deux derniers tubes : repiquage du duvet pléiomorphique.

transfère sur un milieu neuf elles donnent encore lieu à la culture primaire. »

Quelques lignes plus loin Sabouraud donne l'aspect des cultures de l'épidermophyton sur milieu de conservation (p. 443):

« Elles diffèrent beaucoup comme forme des mêmes cultures sur milieu d'épreuve, mais elles gardent leur couleur jaune citron et leur aspect poudreux ainsi que leur consistance cartonnée, seulement elles ont pris un aspect montueux et un centre creusé en godet avec umbo saillant ».

Dans notre observation, au contraire, l'aspect de la culture est différent : c'est une culture glabre, rocheuse, plissée, de couleur vieille cire, rappelant celle de l'*Achorion Schonleinii* au point que ces cultures, mises à côté l'une de l'autre, ne peuvent être différenciées macroscopiquement et microscopiquement.

D'autre part, ce sont des cultures qui, dès leur début, ont présenté ce caractère rocheux qui ne peut être comparé aux formes sénes-

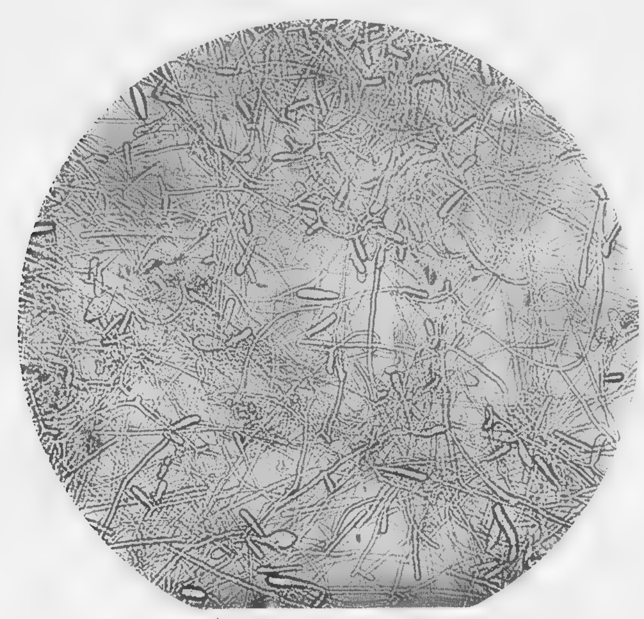


Fig. 17. — Fragment de culture type classique d'épidermophyton (région duveteuse, bordure de la culture). Quelques grosses chlamydospores un peu allongées qui semblent les intermédiaires entre les éléments arrondis de la culture rocheuse et les fuseaux de l'épidermophyton (Partie centrale de la culture). Objectif : 5 ; oculaire : 4.

centes qui apparaissent à la longue sur les cultures d'épidermophytons.

Les différents repiquages n'ont jamais pu reproduire la culture mère et contrastent étrangement avec cette dernière.

Pour Sabouraud, les trichophytons faviformes sont des cultures en souffrance mal adaptées au milieu usuel, dans lesquelles on ne peut voir de formes de fructification.

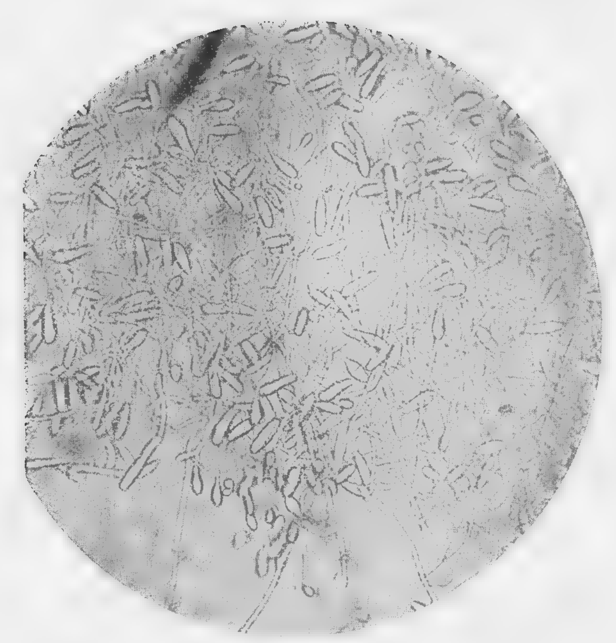


Fig. 18

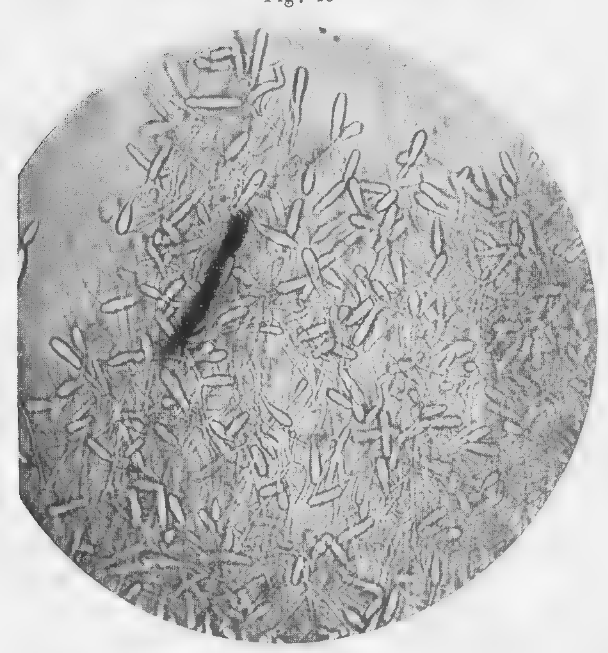


Fig. 19

Fragment de culture type épidermophyton inguinal classique. Le prélèvement a été effectué au centre de la culture, en pleine région poudreuse. Il n'existe plus de chlamydospores, mais uniquement des fuseaux caractéristiques de l'épidermophyton inguinal.

Ne serait-ce pas le cas de notre culture, qui, mal adaptée au milieu artificiel, a pris une forme de souffrance : type faviforme avec chlamidospores, jusqu'au jour où l'adaptation permet au champignon de revenir progressivement au type classique. Ne pourrait-on pas considérer les trichophytons faviformes comme des groupes d'attente ; leur transformation en cultures différenciées survenant lors de l'adaptation au milieu ou par repiquage sur le milieu qui leur convient.

Observation IV. — *Herpès circiné de l'avant-bras provoqué par un champignon nouveau du genre* Sabouraudites, *sous-genre* Aleurocloster, *voisin de* Achorion gypseum *de Bodin.*



Fig. 20. — Squames éclaircies par la potasse à 40 o/o provenant de la plaque d'herpès circiné de l'avant-bras droit. Objectif 6 ; oculaire 4 (Stiassine).

C... Julia vient à la Consultation de la Clinique dermatologique, le 19 octobre 1932, pour une lésion du sein. Incidemment, le chef de Clinique, le docteur A. Petges, remarque sur l'avant-bras droit, une

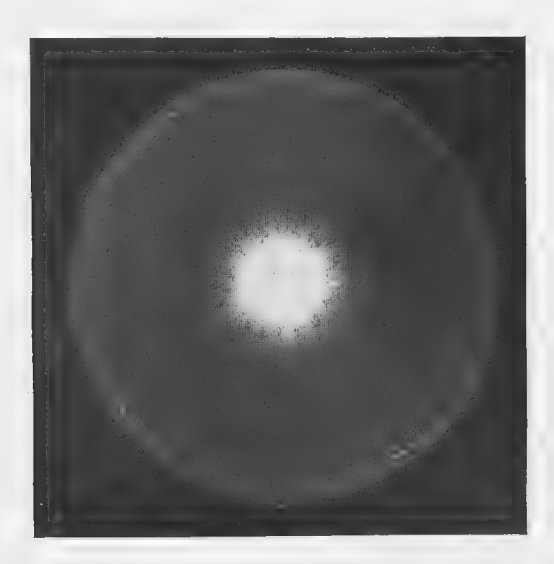


Fig. 21. — Culture de 10 jours (peptone Chapotot).

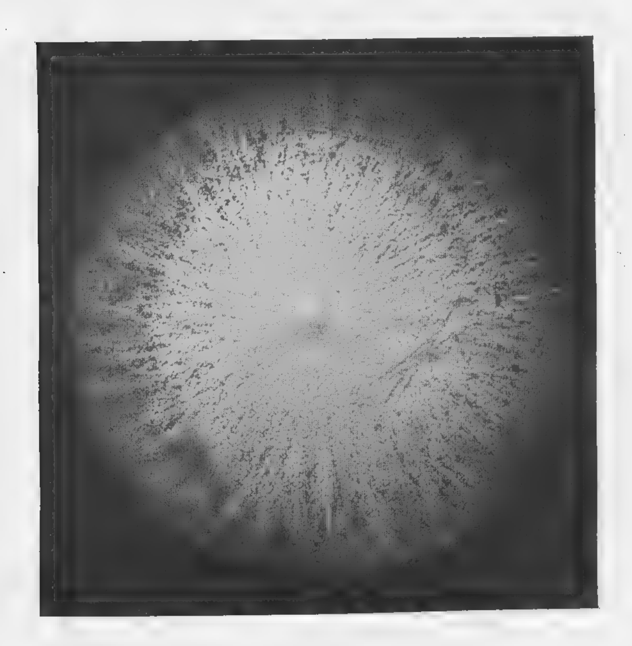


Fig. 22. — Culture de 25 jours (peptone Chapotot).

plaque d'herpès circiné de la dimension d'une pièce de 1 franc sans caractères particuliers, qu'elle présenterait depuis 4 jours.

Examen des squames. — Les squames éclaircies par la potasse contiennent de très nombreux filaments mycéliens à grosses spores carrées.

Cultures. — Par suite d'une erreur dans la préparation du milieu

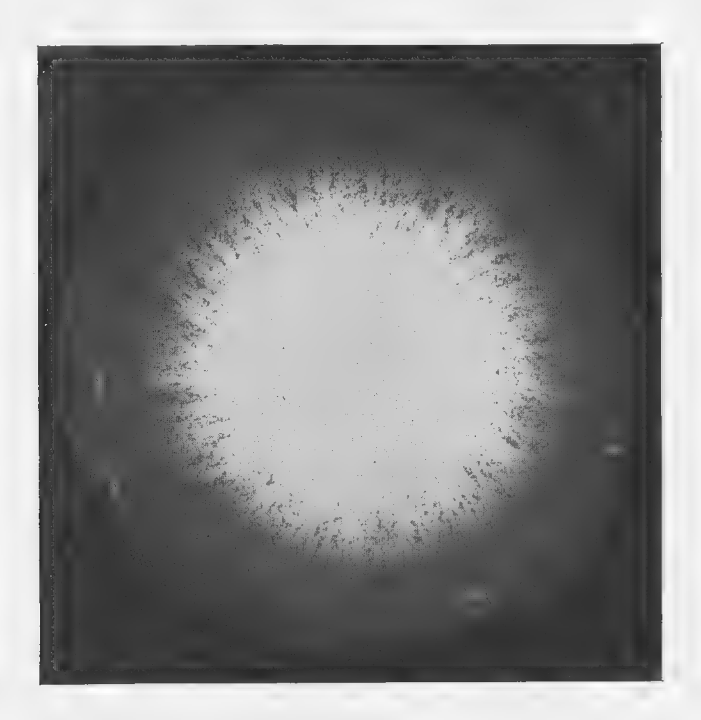


Fig. 23 (Sabouraud). — Culture de 20 jours.

de différenciation de Sabouraud, les cultures ont été pratiquées sur un milieu à la peptone Chapotot (au lieu de peptone granulée de Chassaing). Elles poussent rapidement.

Duveteuses dans les tout premiers jours, elles deviennent rapidement poudreuses et rayonnées comme celles des Trichophytons *gypseum*, de couleur toile écrue.

Au 30e jour, le matras est occupé complètement par une culture d'un beau jaune chamois, rayonnée, dont le centre se couvre d'un duvet blanc de neige (début de dégénérescence pléiomorphique).

Cultures sur gélose simple (milieu de conservation). Les cultures sont moins rapides, moins abondantes, mais présentent les mêmes caractères macroscopiques. Elles sont toujours poudreuses, rayonnées, mais d'un beau jaune chamois plus pâle.

Cultures sur gélose glucosée et peptone granulée Chassaing. — La culture de 6 jours est d'un blanc sale, tirant sur le chamois clair, duveteuse, à grands filaments, aériens.

Au 8e jour, la culture est affaissée, devient poudreuse à partir du centre parfois déprimé en cratère ou saillant légèrement.

Au 12e jour, la culture, de la dimension d'une pièce de 2 francs est d'un beau jaune chamois, entièrement poudreuse à rayons courts.

A la longue, le centre prend une teinte légèrement rosée ou même violacée.

Cultures sur gélose maltosée et peptone granulée de Chassaing. — Au 6e jour, la culture présente le même aspect que sur le milieu précédent.

Au 12e jour, les cultures paraissent moins vivaces, moins importantes (dimension d'une pièce de 50 centimes).

Les rayons sont plus fins, plus délicats que dans les précédents milieux, mais la couleur est toujours jaune chamois avec reflets rose pâle au centre.

Cultures sur carotte glycérinée. — La culture est beaucoup plus lente à pousser. Elle est d'emblée poudreuse et s'étend excentriquement en ébauchant des cercles concentriques rappelant ceux d'une coupe d'arbre. Les rayons sont inexistants.

La surface de la culture est toujours poudreuse mais sa teinte est plus foncée que sur les milieux précédents.

Elle se rapproche un peu de la culture de l'Achorion de Bodin.

Sur carotte, la dégérescence pléiomorphique apparaît rapidement.

Examen microscopique des cultures

Deux Procédés :

1) Examen avec objectif 4 sur la paroi des tubes de culture.

2) Examen des cultures en goutte pendante.

Cultures en tubes. — Au début, lorsque la culture est uniquement filamenteuse, on la trouve constituée d'un feutrage de filaments rubanés, cloisonnés, sans caractères spéciaux.

Dès qu'apparaît la couche poudreuse on constate qu'elle est formée de fuseaux réguliers, pluriseptés à surface granuleuse rappelant ceux des microsporons animaux.



Fig. 24. — Culture en tubes. Objectif 2 ; oculaire 4.



Fig. 25. — Culture en tubes. Objectif 2 ; oculaire 4.

En gouttes pendantes. — Très rapidement les fuseaux donnent naissance latéralement à des filaments mycéliens fins et délicats qui se cloisonnent au fur et à mesure de leur développement.

La culture est vivace et, en 8 jours, envahit toute la gouttelette de liquide.

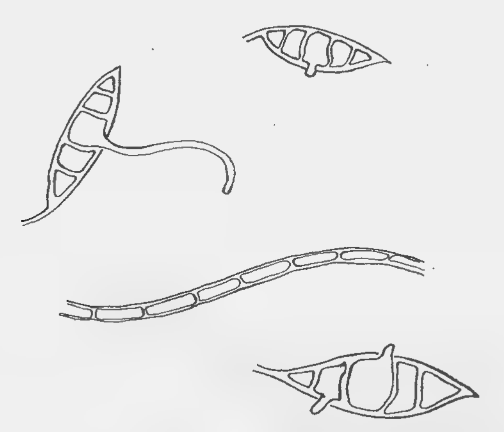


Fig. 26. — Germination des fuseaux.



Fig. 27.

A. — Filaments, culture de 15 jours.
B. — Conidies fuselées.
C.-D. — Chlamydospores — partie duveteuse de la culture.
E. — Filaments dans la partie duveteuse.
F. — Hyphes du type Acladium.
G. — Conidies fuselées : (coloration par l'éosine à 1/200).



Fig. 28. — Goutte pendante. Coloration éosine à 1/200e. Oculaire 4; objectif 6.

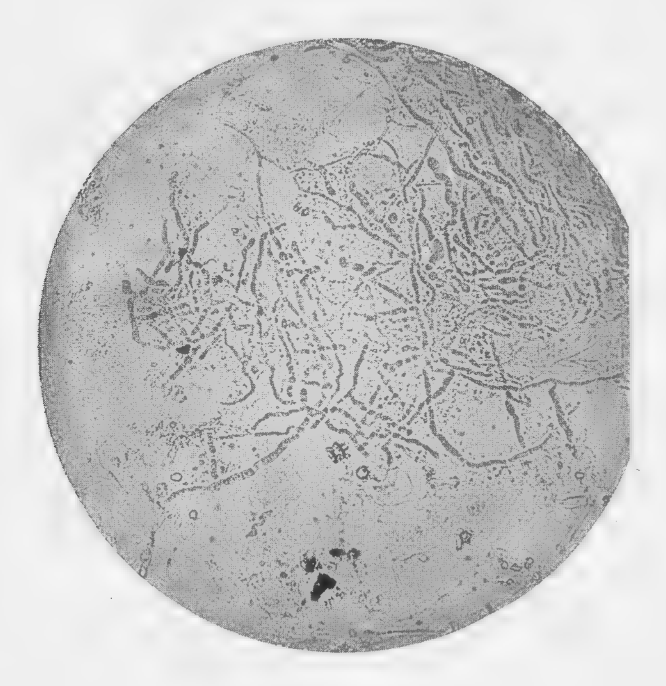


Fig. 29. — Squames. Rat blanc. Potasse à 40 o/o. Objectif 6 ; oculaire 4.

Le centre opaque par juxtaposition des filaments est difficile à examiner. A la périphérie, il est facile, au contraire, d'étudier les formes et caractères microscopiques du champignon.

De nombreux fuseaux à centre granuleux sont groupés par 3 ou 4 en grappes à l'extrémité de filaments cloisonnés : c'est une des caractéristiques des microsporons animaux.

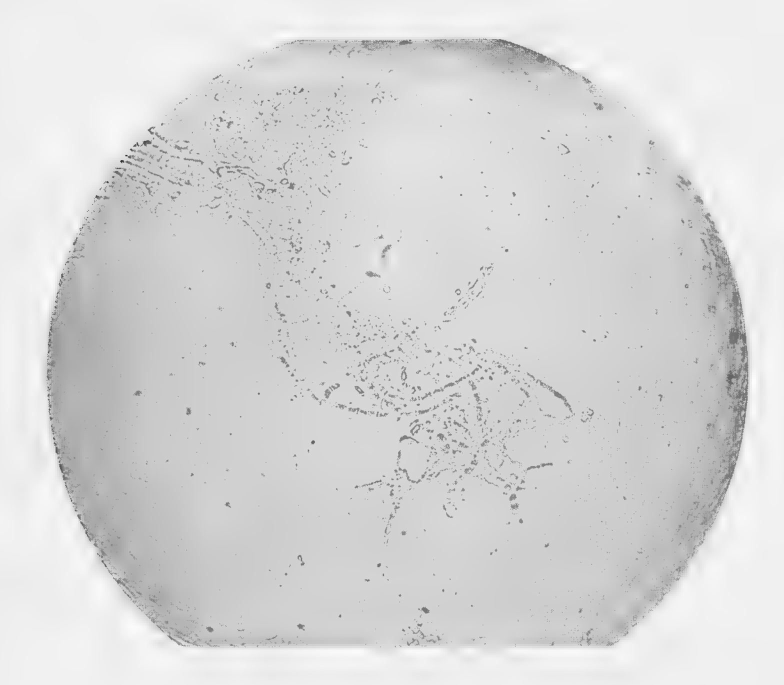


Fig. 30. — Squames. Rat blanc. Potasse à 40 o/o. Objectif 6 ; oculaire 4.

Par places, les filaments sont moniliformes ; ils prennent un aspect en raquette.

Pendant longtemps ce sont les seuls caractères microscopiques de la culture.

Au bout de trois semaines, apparaissent des spores externes groupées latéralement sur l'hyphe sporifère. Ce sont parfois des hyphes peu importantes du type *Acladium*, parfois plus touffues formant des grappes.

On trouve également quelques grosses chlamydospores intercalaires ou terminales.

Dès que la culture tend à la dégénérescence pléiomorphique on y trouve des filaments rubanés très réguliers, se ramifiant en une véritable chevelure. C'est alors qu'on trouve surtout des hyphes sporifères et des grappes, alors que les fuseaux manquent complètement.

Inoculation à l'oreille du rat blanc. — Par scarifications superficielles des oreilles et friction avec une parcelle de culture poudreuse). — Au 8[e] jour, le sujet présente des lésions érythémato-squameuses dépilantes, sans godets, très prurigineuses, les poils tombent

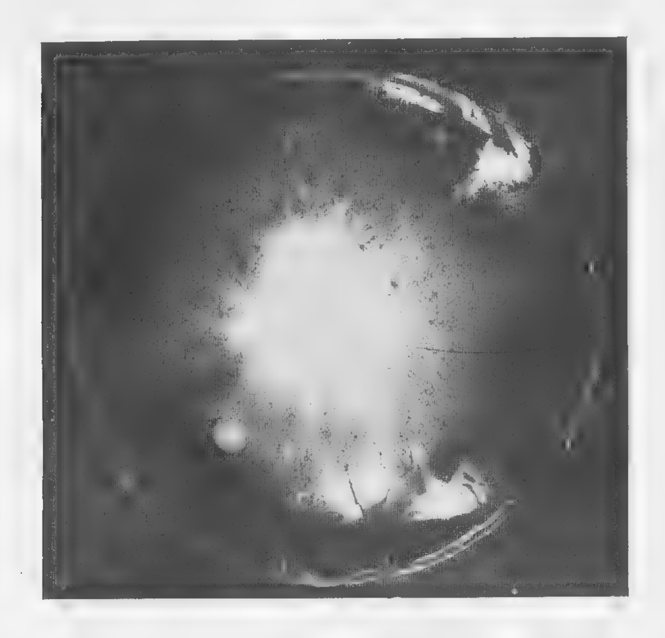


Fig. 31.

facilement laissant une surface d'un rouge vif, luisante, vernissée.

Des squames ont été traitées par la potasse à 40 o/o d'autres ensemencées sur milieu de Sabouraud.

1° *Squames.* — On a trouvé sur toutes les préparations un feutrage de filaments sporulés, réguliers, dont les éléments carrés contenaient pour la plupart un noyau visible sur les microphotographies. Ces filaments sont la représentation exacte qui ont été de ceux trouvés dans les squames de l'herpès circiné du bras de la

malade. Les poils examinés n'étaient pas parasités. Au 20e jour, le rat blanc était spontanément guéri.

2° *Cultures*. — Les caractères microscopiques sont les mêmes que ceux des cultures mères.

Macroscopiquement : les cultures de quelques jours (8 jours) franchement duveteuses de teinte légèrement violacée parfois dépri-

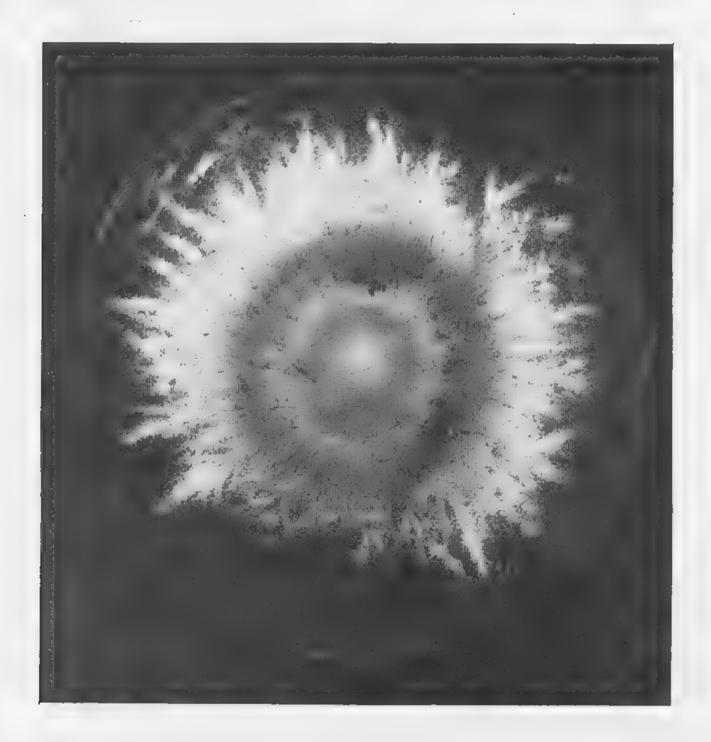


Fig. 32. — Culture de 20 jours sur Sabouraud glucosé. 10e repiquage.

mées au centre. Elles se recouvrent ensuite de la poudre toile écrue ou vieil ivoire déjà signalée.

Beaucoup prennent rapidement l'allure pléiomorphique. Les cultures exubérantes duveteuses présentent des sillons radiés analogues à ceux des cultures dégénérées d'autres microsporons animaux (*microsporon lanosum*).

Evolution des cultures. — Si on compare la culture initiale

décrite au début de cette observation aux dernières cultures obtenues par repiquages successifs, on constate que tout en ayant gardé leur grandes lignes et, en particulier, leur caractère poudreux, la teinte arrive à différer.

Les dernières cultures obtenues après une dizaine de repiquages sont toujours aussi vivaces que les premières, poudreuses et rayonnées, mais avec umbo central de couleur havane entouré d'un cercle de quelques millimètres de large, de teinte grisâtre ou ardoisé, parfois un peu violacé et se fondant à la périphérie avec le reste de la culture de teinte vieil ivoire.

En résumé, il s'agit d'un herpès circiné d'allure clinique banale dans lequel on a trouvé des filaments mycéliens cloisonnés à spores carrées rappelant ceux des Achorions.

La culture poudreuse et rayonnée inoculable au rat blanc, chez lequel on a retrouvé la même forme mycélienne que chez la malade, présente les caractères culturaux microscopiques des microsporons animaux.

Ce champignon non encore décrit semble se rapprocher de celui que Bodin a appelé *Achorion gypseum.* Ils ont le même caractère plâtreux.

Dans la classification de Langeron, il serait à classer à côté de cet *Achorion gypseum* de Bodin dans le groupe *Sabouraudites*

Observation V. — *Onychomycose provoquée par un champignon du type* Sterigmatocystis unguis due à l'obligeance de M. le Professeur Petges.

Les fragments d'ongles examinés après dissociation dans la potasse à 40 o/o contiennent, par places, un feutrage de filaments mycéliens cloisonnés à double contour ramifiés en bois de cerf.

Ils sont constitués d'articles inégaux; de forme trapézoïde ou ovalaire de grandes dimensions : 5 μ de large, 9 à 10 μ de long.

Ce protoplasma est réticulé et vacuolaire. Le noyau volumineux est parfaitement visible.

Dans le feutrage, on aperçoit de gros éléments sphéroïdes ou ovalaires, pour la plupart terminaux, rarement intercalaires.

Cultures.

1° Aspect macroscopique. — Les cultures pratiquées sur milieu de Sabouraud, au 4e jour, sont constituées par un duvet d'un blanc de

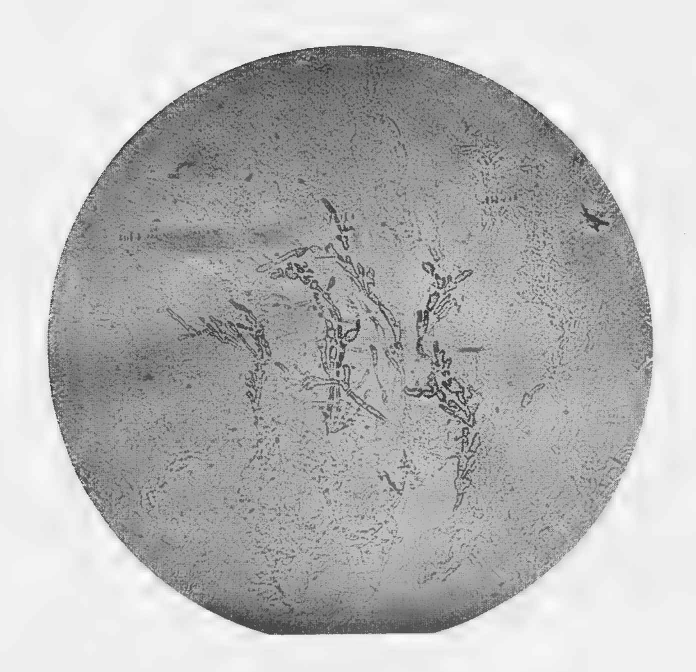


Fig. 33. — Rognures d'ongle. Potasse à 4 o/o. Objectif 6 ; oculaire.



Fig. 34. — Rognures d'ongles. Potasse à 40 o/o. Objectif 6 ; oculaire 4.

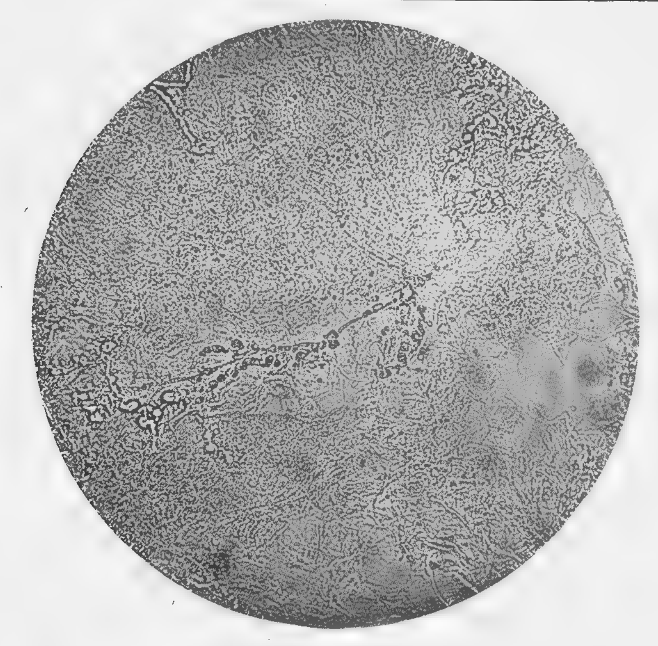


Fig. 35. — Rognures d'ongle. Potasse à 40 o/o. Objectif 6 ; oculaire 4.



Fig. 36. — Culture de 30 jours. Milieu de différenciation Sabouraud.

neige à surface veloutée. Au 6e jour, elles se recouvrent d'une fine poudre d'un blanc sale.

Au 30e jour, la culture est recouverte de petits mamelons duveteux donnant l'impression de velours, de teinte blanchâtre parfois teintés de jaune.

2° *Aspect microscopique.* — Un fragment de culture examiné entre lame et lamelle montre de gros filaments rubanés, cloisonnés,

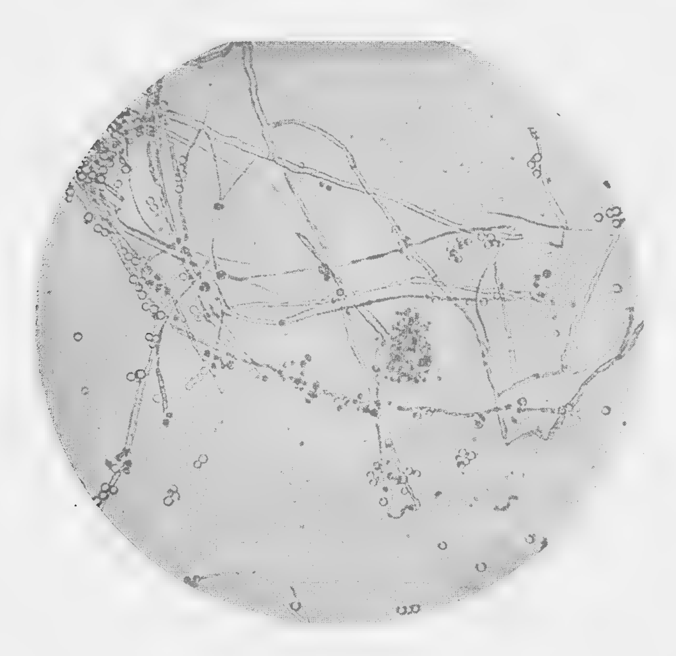


Fig. 37. — Culture de 6 jours.

très réguliers et réfringents, à protoplasma vacuolaire et pourvu d'un gros noyau, parfois d'un nucléole.

A l'extrémité de ces filaments des conidiophores arrondis ou ovalaires sont recouverts d'un double étage d'articles en forme de bouteilles (basides) surmontés chacun de belles spores rondes très réfringentes.

En résumé, ce champignon semble faire partie des Périsporiacées, plus particulièrement du genre Sterigmatocystis dont un spécimen a déjà été décrit par Weill et B. Gaudin sous le nom de Sterimatocystis unguis.

Telle est la série d'observations qu'il nous a semblé intéressant de publier.

En terminant, nons voulons attirer l'attention sur les modifications sensibles que procurent des repiquages multiples sur milieu semblable. En dehors donc de la dégénérescence pléiomorphique bien connue, il se produit, sans variation du milieu de culture, une évolution dans les caractères macroscopiques et parfois microscopiques des parasites filamenteux au point de rendre dissemblables la culture mère et les différents repiquages.

LA CULTURE EN MINIATURE
(MÉTHODE PERMETTANT A LA FOIS L'ÉTUDE MICRO- ET MACROSCOPIQUE DE CHAMPIGNONS PARASITES DES TEIGNES)

Par H. HRUSZEK (Belgrade).

Dans une publication récente (sous presse) j'ai donné la description sommaire d'une méthode de culture. Son exécution est d'une grande simplicité et elle permet l'étude suivie et détaillée des champignons parasites des teignes. Désigné sous l'application de « culture en miniature », ce procédé diffère sur plusieurs points des méthodes utilisées jusqu'à ce jour en mycologie. C'est qu'il présente de nombreux avantages aussi bien au point de vue de la technique que de la commodité d'observation journalière du tableau micro- et macroscopique. J'en donnerai ici quelques aperçus succincts.

L'étude microscopique est, en effet, qu'il s'agisse de produits recueillis chez des sujets atteints d'une infection mycosique ou bien d'une particule d'une culture d'un champignon, d'une grande importance. Car, si l'on ne se base, dans la différenciation des espèces et plus encore dans la détermination de la variété d'un même groupe de champignons, que sur le caractère de la forme sous laquelle se manifeste la culture, on est très souvent indécis au sujet de l'espèce ou de la variété en cause. C'est ainsi qu'il arrive que plusieurs variétés d'un même groupe se désignent sous différents noms. L'examen microscopique d'une particule de culture aide déjà beaucoup, mais n'exclut pas toutes les difficultés. Les nombreux désavantages inhérents à ce procédé ont été écartés par l'introduction de l'étude des cultures en voie de croissance.

En cherchant dans la bibliographie, nous trouvons déjà un certain nombre de procédés qui permettent *l'observation de la culture*

de champignons parasites des teignes en voie de développement, c'est-à-dire, en croissance. Sans entrer dans les détails techniques de ces procédés, je ne citerai que leurs dénominations, car ils sont d'usage courant en mycologie. Ce sont les procédés de Sabouraud et de Lindner (« Cultures en goutte pendante »), de Plaut (« In-situ-Kultur »), de Hammerschmidt (« Epidermismikrokultur »), de Gougerot (« L'artifice de la coulée du pus sur le verre sec », employé dans l'étude de la sporotrichose) et enfin celui de Benedek (Observation de la croissance à travers le verre du tube de culture).

Au cours de mes recherches en mycologie, j'ai élaboré à la clinique dermatologique de l'Université de Kiel (Directeur : Professeur Klingmuller) un procédé spécial, la culture en miniature, qui a sur les méthodes citées ci-dessus plusieurs avantages, sur lesquels nous reviendrons brièvement ci-dessous.

I

La réalisation technique de la culture en miniature se fait à l'aide d'instruments très simples. Je me suis servi à cette fin de pipettes en verre à subdivisions de 1/10e de centimètre cube, de capsules doubles de Petri ou de Kolle, de gaze de pansement stérilisée, de quelques centimètres cubes d'un des milieux solides employés d'ordinaire en mycologie et enfin, comme support de culture, de porte-objets selon Maximow, à excavation centrale profonde, ceux qu'on utilise d'habitude pour la culture tissulaire.

Tout d'abord on place les porte-objets, qui sont stérilisés à l'autoclave ou par flambage, dans les capsules doubles de Petri ou Kolle, dont le fond est garni de gaze préalablement et abondamment imbibée d'eau distillée ou d'une solution physiologique de chlorure de sodium stérilisée. Ce faisant on fond au bain-marie le milieu solide choisi et on le transporte au moyen d'une pipette graduée et stérile, et en quantité voulue, dans l'excavation des porte-objets de Maximow (j'ai opéré avec des quantités variables, allant de 1/20e à 5/10e de centimètre cube, contenu maximum qui puisse être reçu dans l'excavation). Jusqu'à la solidification du substrat de culture on couvre la capsule, pour arriver ensuite à l'ensemencement. Une particule minime suffit à cet effet et elle se

place à l'aide d'une aiguille très fine au centre du substrat solidifié. Le processus technique étant terminé, on place les capsules doubles fermées dans un endroit protégé des poussières et on laisse le développement se faire à la température du laboratoire.

J'ensemence généralement avec chacune des espèces de champignons pris en étude quatre porte-objets, mais il suffit d'en faire un ou deux au plus. Car, même dans les cas où l'on contrôle jour par jour l'avancement de la croissance, il y a très peu de danger de souillure par d'autres champignons, la surface de ce milieu solide étant insignifiante en comparaison avec celle d'une culture ordinaire en capsules doubles. Même en examinant par jour à plusieurs reprises les cultures en miniature, je les replace dans les capsules doubles où elles étaient auparavant, sans faire subir au porte-objet aucune manipulation de nettoyage.

Il est en outre d'une certaine importance, d'ajouter, s'il y a lieu, au cours de l'examen journalier, une petite quantité d'eau distillée, stérilisée ou autre, pour conserver dans les capsules doubles (« chambre humide ») un état d'humidité, qui favorise le développement parfait de la culture.

II

Pour compléter ces remarques d'intérêt technique, j'insiste encore brièvement sur quelques-uns des points caractéristiques, qui se dégagent déjà dès maintenant de mes recherches encore en cours. Les avantages de la culture en miniature sont nombreux, aussi bien au point de vue de l'exécution fort simple que par les possibilités d'examens réitérés qu'elle nous fournit. Elle permet, en effet, à l'encontre des méthodes signalées plus haut, *l'observation journalière*, même répétée à plusieurs reprises, de la croissance des champignons ensemencés. Et c'est avec facilité que les différentes phases évolutives (filaments, spores, fuseaux, etc.) peuvent être étudiées, suivies ou fixées par une prise de vue photographique (voir fig. 1). Non moins importante est, la possibilité de voir la formation et l'évolution des différentes formes morphologiques d'une espèce à l'étude, et cela *sur les milieux solides*, qui servent habituellement pour les cultures macroscopiques. Considération,

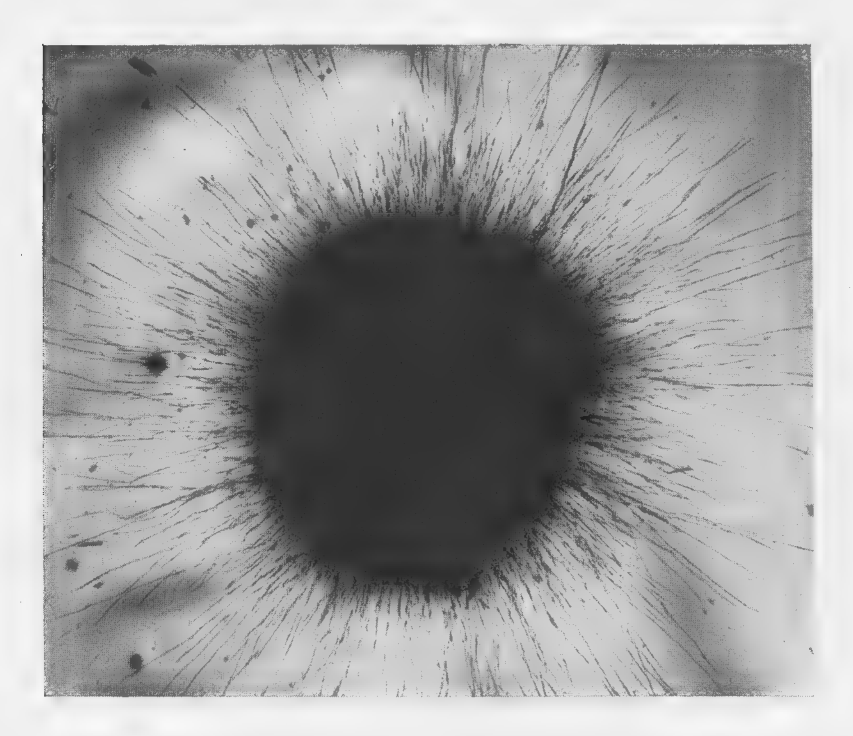


Fig. 1. — Prise microphotographique (à très faible grossissement) 36 heures après l'ensemencement du *Trychophyton gypseum* astéroïdes.

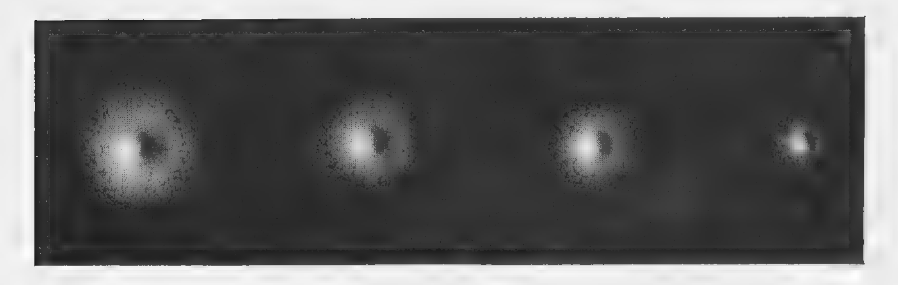


Fig. 2. — *4 cultures en miniature* d'un épidermophyton de Kaufmann-Wolf le 11e jour après l'ensemencement.

Les excavations des porte-objets (lève de gauche à droite) contiennent 1/20e, 1/10e, 2/10e et 4/10e de centimètres cubes de substrat nutritif.

dont l'importance n'est pas à souligner. A ces données j'ajouterai encore celle qui contribua à la dénomination de « culture en miniature » du procédé. Elle fournit, en effet, non seulement une culture sur milieux solides, qui croît *sous l'action continuelle de l'oxygène*, dans une capsule double à humidité parfaite, mais met aussi en de peu de jours (durée variable suivant le champignon cultivé) dans la possibilité de confirmer ou d'infirmer par *le tableau macroscopique* ce que l'examen microscopique a fourni en renseignements. Ces caractères macroscopiques de la culture en miniature se complètent vers le 10[e] ou le 12[e] jour et nous montrent alors *une reproduction en petit* des formes que nous observons dans les conditions de culture ordinaire (en tubes ou en capsules doubles, contenant de grandes quantités de substrat nutritif). Elle est donc bien une culture en miniature et nous montre en outre un phénomène non moins important; c'est que *la croissance macroscopique est directement proportionnelle à la quantité de milieu mis dans les excavations profondes des porte-objets de Maximow* (voir fig. 2).

LA CULTURE DES CHAMPIGNONS DES TEIGNES SUR LAMES GELOSÉES

Par E. RIVALIER

Le travail de M. Hruszeck m'ayant été obligeamment communiqué avant son insertion dans ces *Annales* par M. Clément Simon, j'ai cru intéressant de mettre en parallèle dans un exposé succinct un procédé de culture que j'ai mis au point avec M. Seydel et que j'emploie depuis près de deux ans au laboratoire de l'Ecole Lailler pour l'étude des champignons des teignes. Ce procédé antérieurement publié dans les *Annales de Parasitologie*, présente, on le verra, des analogies avec celui de M. Hruszeck; il en diffère cependant par son but même qui est d'obtenir des microcultures sur lames de verre, aussi peu épaisses que possible, destinées à l'examen microscopique après coloration.

Le principe de la méthode est des plus simples et consiste à préparer des lames de verre recouvertes d'une couche très mince de milieu nutritif solide sur laquelle se fera l'ensemencement d'une parcelle du champignon à étudier; pendant toute la durée du développement de la culture, les lames sont maintenues dans une chambre humide réalisée au moyen d'une boîte de Pétri dans le fond de laquelle on dépose de l'eau stérilisée; une tige de verre, deux fois coudée en U et posée à plat dans le fond de la boîte sert de support aux lames et les isole de l'eau sous-jacente.

Le matériel nécessaire est donc peu encombrant et des plus faciles à se procurer. L'exécution ne comporte pas non plus de difficultés particulières mais seulement une série de précautions, toutes importantes si l'on veut être assuré du succès.

(1) E. Rivalier et S. Seydel. Nouveau procédé de culture sur lames gélosées appliqué à l'étude microscopique des champignons des teignes. *Annales de Parasitologie*, t. X, n° 5, septembre 1932, pp. 444-452.

Le meilleur moyen pour obtenir sur la lame une couche de milieu nutritif mince et régulière consiste à immerger un instant celle-ci dans un tube de Borrel rempli de milieu de culture maintenu en fusion. Une certaine viscosité et une certaine température sont nécessaires. Quand on s'adresse au milieu le plus couramment employé, milieu d'épreuve maltosé de Sabouraud, on aura soin de diminuer des deux tiers la proportion d'agar-agar (6 o/oo au lieu de 18 o/oo); le milieu fondu au bain-marie, sera maintenu pendant l'opération de recouvrement des lames aux environs de 60°. Par ailleurs les lames destinées à l'ensemencement et qui sont des lames porte-objet ordinaires devront être parfaitement propres, flambées et refroidies avant l'emploi ; non flambées elles ne laissent pas adhérer la gélose qui « fait des yeux »; immergées trop chaudes dans le milieu elles se couvrent de fines bulles.

Aussitôt préparées les lames tenues avec une pince flambée seront déposées dans les boîtes de Petri stérilisées d'avance avec à leur intérieur le support en tige de verre déjà décrit. On pratiquera alors l'ensemencement en déposant au milieu de chaque lame une parcelle aussi petite que possible mais visible du champignon à étudier et qui sera prélevée sur une culture jeune, floride, en plein développement. On introduira ensuite avec une pipette quelques centimètres cube d'eau stérile dans le fond des boîtes qui seront abandonnées à la température du laboratoire et à l'abri des courants d'air et de la poussière, dans une armoire fermée.

Le principal écueil de ces manipulations est — on le conçoit — la souillure accidentelle par les spores de moisissures contenues dans les poussières de l'air. Pour diminuer au maximum ce risque il y aura avantage à employer des boîtes de Petri de petites dimensions (rondes ou de préférence carrées) admettant seulement chacune deux lames côte à côte et dont on se contentera de soulever le couvercle au cours des manipulations. On veillera, bien entendu, à la propreté de la pièce où l'on travaille qui sera exempte de courants d'air, d'allées et venues ou de balayages intempestifs. Une cause de souillure possible réside dans le débouchage des tubes où l'on prélève l'échantillon à ensemencer; le tampon de coton fermant ceux-ci est fréquemment sali et laisse échapper un peu de poussière quand on le saisit ; il convient donc de l'ébarber aux ciseaux et de le flamber à quelque distance du lieu de l'ensemencement.

Moyennant ces précautions le nombre de lames rendues inutilisables par souillure sera très restreint.

Le développement du champignon ensemencé est plus ou moins rapide, selon les espèces ; en 10 à 12 jours les *Trichophyton microïdes* et surtout les *Microsporum* donnent un disque atteignant la largeur de la lame ; pour les espèces à culture plus lente il y aura lieu de surveiller l'évaporation de l'eau au fond des boîtes et d'en ajouter si besoin est. Quand le développement optimum est réalisé on est en présence d'une microculture souvent fort élégante et dont les caractères macroscopiques sont la plupart du temps

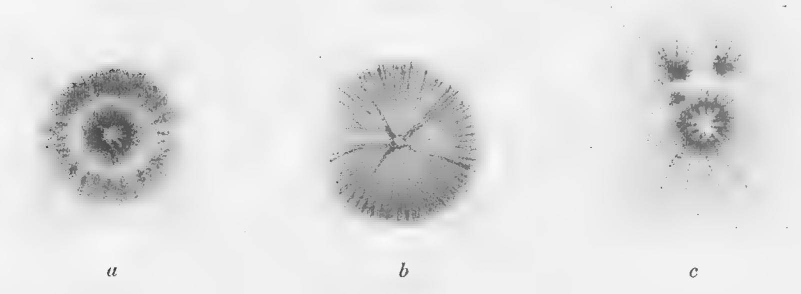


Fig. 1. — Trois microcultures de champignons des teignes sur lames gélosées. — Photographie grandeur naturelle après coloration et montage.
a) *Microsporum fulvun.*
b) *Microspornm felineum.*
c) *Trychophyton radians.*

reconnaissables mais dont le principal intérêt est de se prêter à l'étude microscopique. Dans ce but on pratiquera les manipulations suivantes :

Chaque lame retirée de la chambre humide sera nettoyée de toute la gélose qui recouvre ses deux faces à l'exception d'une pellicule carrée servant de support à la culture, puis mise à sécher à l'étuve à 37°, face en dessous afin d'éviter tout dépôt de poussières. Cette dessiccation rapide n'altère pas du tout, soit dit en passant, la structure du champignon qui peut être examiné à l'état sec à la loupe binoculaire dans les mêmes conditions que la culture vivante et montre inchangés les organes de fructification dressés. En cet état la préparation est impropre à la coloration qui demande collage et fixation préalables pour la rendre définitivement adhérente à la

lame de verre et appliquer sur son plan tous les rameaux dressés. Ce résultat est obtenu par le *collodionnage*. Après avoir détaché avec la pointe d'un scalpel toute la partie centrale de la culture formant un « umbo » proéminent, on immerge un instant la lame



Fig. 2. — Culture de *Microsporum fulvum*. Gr. 90 diamètres.

dans un flacon rempli de collodion dilué (une partie de collodion officinal pour quatre parties d'alcool-éther), on l'égoutte et on la laisse sécher ; au bout d'une demi-heure (mais mieux encore après quelques heures d'étuve) on peut pratiquer la coloration ; la mince pellicule irisée de collodion sec se laisse traverser par tous les colorants usuels qui peuvent être employés ; nous avons cependant obtenu les meilleurs résultats avec le bleu de Langeron au lacto-phénol ; on laisse agir le colorant pendant 10 minutes environ ; au

bout de ce temps la lame est lavée rapidement mais avec précautions à l'eau courante; la coloration apparaît alors massive, intéressant à la fois le champignon et la plaquette de gélose qui le supporte; on pratique en une ou deux minutes la différenciation et la déshydratation en immergeant successivement la lame dans l'alcool à 70°, l'alcool à 95°, l'alcool absolu puis l'acétone anhydre;

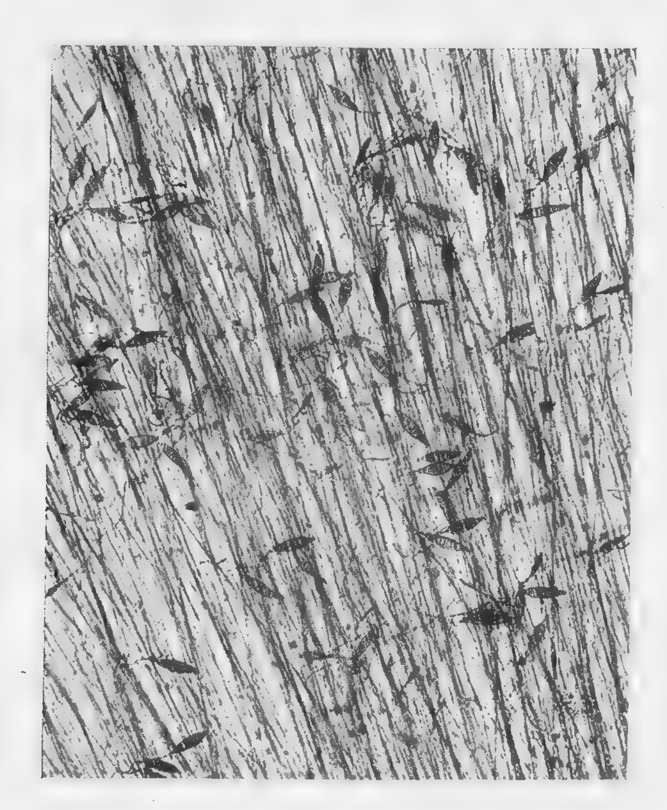


Fig. 3. — Culture de *Microsporum felineum*. Gr. 90 diamètres.

il ne reste plus alors qu'à laver au xylol et à monter au baume.

Les préparations ainsi obtenues sont très belles et très complètes. Elles sont incontestablement supérieures aux cultures en goutte pendante dont la réalisation est d'ailleurs beaucoup plus laborieuse. Leur grand développement permet non seulement l'étude aisée des organes de fructification mais encore d'apprécier le mode

de distribution de ceux-ci et d'en comprendre le développement dont les différents stades s'échelonnent de la périphérie vers le centre de la culture. La composition et la richesse du milieu nutritif pouvant être par ailleurs modifiées à volonté il est aisé d'étudier pour une espèce donnée les variations morphologiques selon le milieu. Il semble d'ailleurs que la culture sur lames gélosées ait en

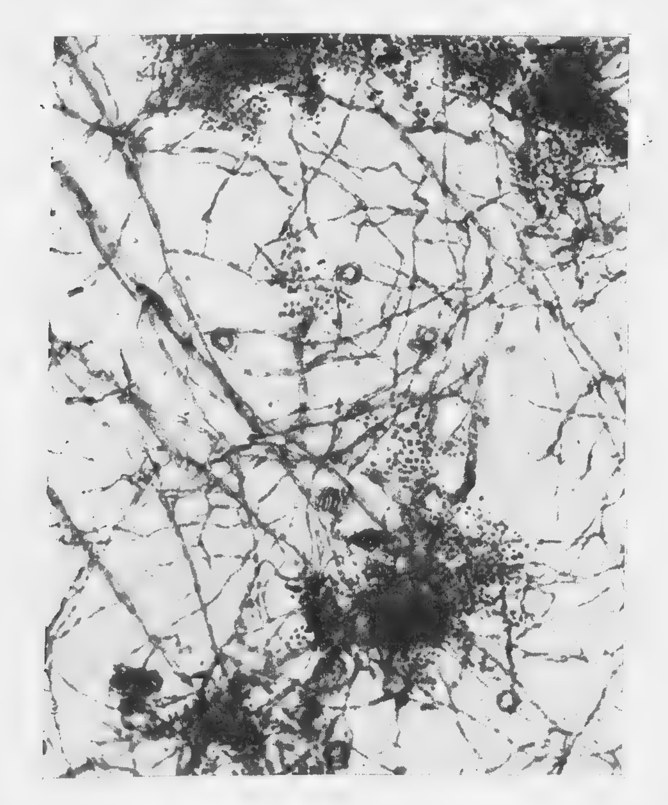


Fig. 4. — Culture de *Trichophyton astéroïdes*. Gr. 380 diamètres.

mycologie un intérêt très général et soit valable pour de nombreuses espèces cryptogamiques autres que les champignons des teignes. M. Langeron l'a appliquée avec succès à l'étude des levûres.

Il va sans dire que ce résumé technique ne vise aucunement à critiquer le procédé de microculture de M. Hruszek. Je reconnais

volontiers à celui-ci deux avantages : le premier est d'éviter à peu près totalement les risques de souillure accidentelle par suite de la faible surface du milieu exposé ; le second est la facilité de vérifier à tout instant le développement de la culture qui peut être transportée sur le platine du microscope ou de la loupe binoculaire et remise ensuite dans la chambre humide. Par contre le prodédé de M. Hruszek ne permet pas l'étude microscopique après coloration du champignon sur la lame où il a végété et c'est précisément ce résultat que M. Seydel et moi avons cherché à obtenir.

Les deux méthodes gardent donc chacune leur intérêt, aussi peut-il paraître profitable d'en laisser voir les analogies et les différences dans ces deux exposés parallèles.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1934.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Mise en évidence du virus tuberculeux dans divers produits pathologiques et en particulier dans le sang par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch. Caractères des souches de bacilles tuberculeux ainsi isolés, par J. Deerens. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, 1934, avril, n° 4, p. 406.

Les injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch à des cobayes inoculés avec des liquides pleurétiques ou avec des échantillons de sang de malades pour la plupart atteints de diverses localisations de l'infection tuberculeuse sont capables de mettre en évidence le virus tuberculeux dans les produits avec une plus grande sensibilité que les méthodes habituellement employées. D'après les caractères de leurs culture, les bacilles tuberculeux isolés par cette méthode des liquides pleurétiques et des échantillons de sang pour lesquels l'inoculation seule n'a donné aucun résultat paraissent être issus des éléments filtrables du virus tuberculeux. H. Rabeau.

Deux cas d'ostéite dus d'une part, au Sporotrichum Gougeroti et d'autre part, à une levure, par A. R. Sartory, J. Meyer et M. Meyer. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, n° 4, avril 1934, p. 424, 9 fig.

Ces deux observations montrent l'intérêt qu'il y a de poursuivre des recherches dans ce sens (mycoses) de façon à éviter les confusions avec les affections tuberculeuses et syphilitiques. — Obs. I. Malade de 30 ans présentant des douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne. La radiographie montre une lésion ronde entourée d'une coque de condensation osseuse. Une intervention permet un curettage de la cavité, les prélèvements d'isoler un *Sporotrichum Gougeroti*. — Obs. II. Mycose osseuse du bord antérieur du tibia chez une jeune fille. Le parasite isolé est du genre *Schizosaccharomyces*. H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Système réticulo-endothélial hépatique et chimio-thérapies antisyphilitiques. Son rôle dans leur tolérance et leur activité, par MAX VAUTHEY. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 4, avril 1934, p. 241.

Le système réticulo-endothélial hépatique (S. R. E.) joue un rôle manifeste et de premier plan dans les chimiothérapies antisyphilitiques, conditionnant à la fois, d'une part, leur efficacité et leur pouvoir thérapeutique vis-à-vis des agents pathogènes ; d'autre part, leur tolérance parfaite, leur innocuité vis-à-vis de l'organisme récepteur. Par les méthodes des colorations vitales, par le blocage du S. R. E., par les méthodes histo-chimiques d'observation, par la méthode expérimentale de perfusion du foie *in vitro* ou *in vivo*, l'auteur étudie le rôle du S. R. E. hépatique dans la fixation des médications antisyphilitiques, dans l'élimination des médicaments chimiques antisyphilitiques, dans la tolérance, dans l'activité des chimiothérapies antisyphilitiques. Il semble qu'au niveau du foie, les cellules du S. R. E. ont acquis leur individualité, leur différenciation, leur potentialité, et leur puissance fonctionnelle les plus poussées et les plus grandes, en vue d'assurer l'innocuité la plus parfaite et le pouvoir curateur maximum des grandes thérapeutiques chimiques.

H. RABEAU.

Syphilis et santé publique, par R. BARTHÉLEMY. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 4, avril 1934, p. 272.

En raison de la prostitution clandestine et des métiers féminins hors du foyer, la syphilis reste trop fréquente dans les villes et les régions de grand transit, malgré les efforts des pouvoirs publics secondés par l'œuvre sociale des médecins. Mais, fait remarquer B., elle atteint indistinctement tous les milieux. Elle paraît mieux soignée à la ville qu'à la campagne où elle est souvent méconnue et habituellement négligée, au moins par les clientes. Les accidents primo-secondaires cutanéo-muqueux passent souvent inaperçus ; les tertiaires sont fréquents, les viscéraux sont moins évidents ou échappent plus volontiers. Le traitement devrait se faire autant que possible au domicile du médecin et être gratuit. Après blanchiment, il devrait y avoir un traitement chronique à la Fournier. La prophylaxie morale et éducative ne doit toutefois négliger ni les précautions individuelles, ni la surveillance médicale de toutes les prostituées, ni le dépistage et le traitement familiaux.

H. RABEAU.

Syphilides psoriasiformes arséno-résistants avec B. W. négatif se répétant pendant quatre ans, par CLAAS. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 4, avril 1934, p. 284.

Nouvelle observation à ajouter à celles de Gougerot et ses collaborateurs. Le point remarquable de cette observation est la longue durée et

la répétition de ces syphilides arséno-résistantes d'aspect psoriasiforme pendant quatre ans ; le Bordet-Wassermann était négatif. Le bismuth guérit rapidement ces lésions. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

L'immunité dans la syphilis expérimentale, par P. Gastinel et R. Pulvenis. *Bulletin Médical*, 48e année, no 17, samedi 28 avril 1934, p. 253.

Les auteurs résument leurs recherches sur la superinfection, sur la réinfection, l'immunité et la syphilis asymptomatique, les réinoculations expérimentales et les facteurs modifiant leurs résultats, la nature de l'immunité syphilitique. Ces recherches ont fait l'objet d'une monographie sur la syphilis expérimentale (Masson, édit., Paris, 1934) analysée dans ces *Annales*. H. Rabeau.

Est-ce bien le tréponème pâle qui est l'agent de transmission de la syphilis, par C. Simon. *Bulletin Médical*, 48e année, no 17, 28 avril 1934, p. 259.

Depuis de nombreuses années on a décrit un cycle évolutif du virus syphilitique. P. Lépine, en 1931, dans un article « Le tréponème est-il virulent ? » doute du rôle du tréponème dans la transmission de la syphilis et l'attribue aux formes invisibles ou granulaires du virus. Levaditi ne partage pas l'opinion de son élève, « hypothèse aussi ingénieuse que fragile », et examine les deux arguments invoqués par Lépine : non virulence des cultures et non virulence du tissu cérébral des paralytiques généraux. Après avoir exposé les arguments de Lépine, Levaditi et aussi de Bessemans, S. les discute, et estime que la démonstration de ces faits ne pourra être apportée que le jour où on aura obtenu des cultures pures des formes invisibles et avec elles des inoculations positives. H. Rabeau.

L'état actuel de la syphilis en France, par H. Godlewski. *Bulletin Médical*, 48e année, no 17, 28 avril 1934, p. 262.

La question a été étudiée aux Assises Nationales de la Médecine Française. En raison de la prostitution clandestine et des métiers féminins hors du foyer, malgré les efforts des Pouvoirs publics et l'activité des traitements modernes, la syphilis est trop fréquente dans les villes et les régions de grand transit. Les campagnes restent remarquablement saines. On devra organiser les services sociaux, multiplier les enquêtes épidémiologiques et dépister les foyers de contagion. L'éducation prophylactique du public et en particulier des jeunes devra être faite ; on devra instituer des Comités départementaux de propagande pour des campagnes antivénériennes et de moralité publique.

H. Rabeau.

Syphilis, prostitution et chômage, par R. Rabut. *Bulletin Médical*, 48e année, no 17, 28 avril 1934, p. 266.

Lors de la Conférence de Strasbourg, mai 1933, l'impression prédo-

minante sembla être que la fréquence de la syphilis est en rapport direct, par l'intermédiaire de la prostitution clandestine, avec l'importance du chômage. Touraine et Renaut, puis R., soutinrent l'avis contraire. R. a repris cette étude depuis 1915. Il montre qu'il n'existe pas de parallélisme entre le chômage dû à la crise économique, d'une part, la prostitution et la syphilis, d'autre part. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

L'anémie bismuthique et son traitement, par A. Legrand. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 138e année, no 8, 28 avril 1934.

L'anémie bismuthique se manifeste le plus souvent au cours de la deuxième série de traitement. Elle se caractérise par une asthénie profonde, avec angoisse, abaissement du taux de l'hémoglobine. Une médication adjuvante, capable de consolider le terrain, à la fois tonique et catalytique (médication sulfurée) devra être instituée pour maintenir l'intégrité des forces du malade. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Sclérodermie avec concrétions calcaires (syndrome de Thibierge-Weissenbach) associée à une atrophie cutanée. Parathyroïdectomie, par G. Basch, R. Leibovici, B. Durupt et Mme M. Basch. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 80e année, no 11, 2 avril 1934, p. 517.

Observation d'une femme de 43 ans atteinte de longue date d'un syndrome de Raynaud des plus accentués, chez qui se développèrent un grand nombre de concrétions calcaires aux mains, aux coudes et aux genoux, et chez laquelle l'examen met en évidence des régions cutanées sclérodermiques, en d'autres points des lésions de poïkilodermie atrophiante réticulaire. Le seul stigmate humoral consiste en une hypercalcémie légère ; après dix mois d'observation, on pratique une parathyroïdectomie droite et une sympathectomie péri-humorale du même côté. H. Rabeau.

La forme dysphagique de la syphilis du tronc encéphalique, par A. Kreindler. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 50e année, no 13, 30 avril 1934, p. 558.

Chez un ancien syphilitique porteur d'une inégalité pupillaire et d'un signe d'Argyll-Roberston est survenu un syndrome bulbaire rétro-olivaire partiel, qui s'est traduit par des signes cérébelleux discrets du même côté que la lésion, des signes frustes d'atteinte de la voie pyramidale et surtout par une atteinte très importante de la déglutition. Les épreuves sérologiques et céphalo-rachidiennes sont positives. Un traitement mixte amena la guérison. H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

La syphilis et les paralysies des dilatateurs du larynx, par Maurice Jacob. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 37, 4 avril 1934, p. 538.

Les troubles paralytiques avec dilatations ne peuvent-ils pas avoir assez souvent une autre cause que la syphilis nerveuse ? Pour J., il n'est pas exact de dire que tout syndrome de Gerhardt qui n'a pas fait ses preuves, est d'origine syphilitique. La syphilis doit être recherchée avec soin, un traitement d'épreuve énergique institué, mais le syndrome de Gerhardt implique seulement une localisation anatomique très limitée, intrabulbaire. H. Rabeau.

La valeur comparée des séro réactions syphilitiques usuelles, par A. Sézary et Georges Lévy, *La Presse Médicale*. 42e année, n° 27, 4 avril 1934, p. 545.

Les auteurs ont étudié les différentes méthodes de fixation du complément et les réactions de floculation tant au point de vue de la sensibilité que de la spécificité. Ils montrent en particulier la rapidité de réduction de ces réactions par le traitement. La réaction de Hecht et celle de Kahn sont celles qui disparaissent le plus tardivement. Ils rappellent les différentes techniques utilisées. La réaction de Meinicke est d'une grande simplicité, la réaction de Kahn est à la fois très sensible et spécifique. Les auteurs conseillent de toujours pratiquer une réaction au sérum frais, une réaction de Bordet-Wassermann et une réaction de floculation. H. Rabeau.

Cellulite torpide en nappe de la région abdomino-inguinale, par P. Chevallier et A. Fierrer. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 29, 4 avril 1934, p. 577.

Observation comparable à celles que le Pr Favre a décrites (*Ann. de Dermat.*, 7e série, t. IV, n° 10, octobre 1933, p. 922). Induration inflammatoire très étendue de la région abdomino-inguinale, de début subaigu et d'évolution torpide, se terminant par la guérison complète en 8 semaines environ sans autre traitement que le repos. Aucune étiologie n'a pu être décelée. La réaction de Frei est négative.

H. Rabeau.

Désensibilisation ou accoutumance, par Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et W. A. Hugo. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 30, 14 avril 1934, p. 593.

Dans cette étude critique les auteurs montrent qu'à part des cas exceptionnels concernant des désensibilisations réelles qui peuvent s'observer spontanément d'ailleurs, la désensibilisation n'est qu'apparente. L'organisme garde ses anticorps, stigmates de la sensibilisation. Les méthodes de désensibilisation, aussi bien spécifiques que non spécifiques, ne sont que des méthodes d'accoutumance ; par les procédés dits de « désensibilisation non spécifique », on accoutume l'organisme aux chocs, quelle qu'en soit l'origine ; par les procédés de « désensibilisation

spécifique », on l'accoutume à la cause nocive, qu'il s'agisse d'un antigène pondéral ou d'un agent physique. H. RABEAU.

Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques des poumons, par E. SERGENT, E. PIOT et J. IMBERT. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 32, 21 avril 1934, p. 641, 8 fig.

Chez un sujet syphilitique avéré, une image arrondie du poumon doit évoquer la possibilité d'une gomme et imposer le traitement d'épreuve. Plus encore, en l'absence de tout anamnestique, de tout test de syphilis, une image « ronde » caractéristique, impose la même conduite. Les auteurs publient trois observations de sujets chez lesquels un processus gommeux a pu être mis en évidence par l'exploration radiologique, alors que l'évolution clinique générale orientait le diagnostic dans le sens d'un cancer du poumon ou d'une suppuration pulmonaire.

H. RABEAU.

Lyon Médical.

Nouvelles recherches sur la gono-réaction envisagée comme test de guérison de l'infection gonococcique, par MEERSSEMAN et MASSON. *Lyon Médical*, t. CLIII, 66e année, n° 9, 4 mars 1934, p. 266.

A défaut de conclusions catégoriques, les auteurs formulent ainsi leur opinion : après la guérison apparente d'une blennorragie aiguë, la constatation d'une gono-réaction négative est un bon signe, sinon un test absolu de guérison, tandis que la persistance au delà de trois mois d'une réaction positive doit faire suspecter l'existence d'un foyer résiduel. Sans nier ou affirmer la possibilité de gono-réactions irréductibles, les auteurs ne pensent pas que cette éventualité soit très fréquente. JEAN LACASSAGNE.

Bruxelles Médical.

L'aspect actuel et le traitement moderne de la paralysie générale, par L. VERMEYLEN. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 21, avril 1934, p. 719.

Courte revue générale dans laquelle V. montre comment la symptomatologie de la paralysie générale et son aspect clinique ont évolué. Actuellement, le traitement de choix est la pyrothérapie par la malaria, qui donne des résultats très encourageants. H. RABEAU.

Les lésions des glandes endocrines au cours de la syphilis secondaire, par J. PAYENNEVILLE et F. CAILLIAU. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 23, 8 avril 1934, p. 731, 4 fig.

Au cours d'une syphilis secondaire identifiée cliniquement et sérologiquement, les auteurs ont observé des lésions des glandes endocrines et la présence du tréponème dans leur parenchyme. Ces lésions siègent surtout dans l'espace péri-trabéculaire de la glande autour des vaisseaux

capillaires sinusoïdes, dans les zones riches en tissu histiocytaire. Dans la syphilis acquise comme dans l'hérédo-syphilis, l'infection tréponémique revêt le même caractère systématique, le même tropisme. Toutefois, les troubles fonctionnels qui en résultent diffèrent de ceux décrits dans l'hérédo-syphilis en raison du caractère plus irritatif, plus hyperplasique parfois et moins destructeur des lésions.

H. RABEAU.

Hérédo-syphilis nerveuse à type familial, par L. BABONNEIX. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 24, 15 avril 1934, p. 764.

B. rapporte 42 observations de cas personnels. La neuro-syphilis familiale peut affecter divers types : syndromes moteurs, hémiplégie infantile, paraplégie spasmodique tardive, spasme de torsion, paralysies oculaires, troubles portant sur le caractère ou l'intelligence, perturbations intéressant à la fois fonctions motrices et psychiques. Un traitement méthodique permet de les éviter si le diagnostic a été fait assez tôt.

H. RABEAU.

Zona et Varicelle, par A. VAN LINT et L. JAVAUX. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 26, 27 avril 1934.

Nouvelle observation à ajouter au dossier. Cas de varicelle survenu chez un malade atteint de zona ophtalmique. H. RABEAU.

Syphilis et grossesse. Contribution à l'étude de la mortinatalité et de la mortalité des nourrissons sur des mères syphilitiques, par I. SNOECK. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 25, 22 avril 1934, p. 777.

Deux ans après leur naissance, 40 o/o des enfants nés de mères syphilitiques sont décédés. La prophylaxie repose sur une organisation médicale et sociale bien conçue. Ces deux organisations doivent travailler en collaboration étroite. C'est la seule manière de parvenir au triple but : dépistage des mères syphilitiques ; soigner la totalité des malades ainsi que leurs enfants ; étendre à l'entourage cette action antisyphilitique. H. RABEAU.

La syphilis et le terrain, par R. DUJARDIN. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 26, 19 avril 1934, p. 877.

Pour D., le terrain avec ses capacités variables d'allergie et d'immunisation aiguille l'évolution de la syphilis vers les formes torpides (parasyphilis) ou fixes. Les intradermo-réactions aux protéines mettent en évidence les différences de capacité réactionnelle. La capacité allergique supérieure de la femme a pour corollaire une pathologie toute spéciale où dominent les formes allergiques. L'exaltation de cette capacité réactionnelle semble pouvoir être obtenue à l'aide de procédés non spécifiques, dont la protéinothérapie et la pyrétothérapie sont les deux types. H. RABEAU.

Dermatologische Zeitschrift

Sur la répartition géographique des dermatoses. 2e mém. Les maladies mycéliennes en Rhénanie (Zur geographischen Verbreitung der Hauterkrankungen. IIe Mitteilung : Die Hautpilzerkrankungen in der Rheinprovinz), par A. v. Mallinckrodt-Haupt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 1, avril 1934, p. 1.

En Rhénanie, on a constaté de 1920 à 1929, 2.795 nouveaux cas de mycoses cutanées, dont 1.527 (54,64 o/o) sont des trichophytons ; 1.134 (40,68 o/o) des microspories ; 134 (4,79 o/o) des favus. Soit : 0,37 cas nouveaux pour 10.000 habitants. Des chiffres et constatations établis, on peut dire que 50 o/o des mycoses sont d'origine animale : d'où la possibilité de diminuer ou de supprimer les foyers de contagion par l'éducation des paysans, les organisations professionnelles et la surveillance du bétail. Quant aux microspories, les foyers, qui se rencontrent dans les institutions et les écoles, doivent être systématiquement recherchés ; peut-être faut-il envisager la déclaration obligatoire. On trouvera, dans cet article, graphique et carte à l'appui du texte.

L. Chatellier.

Psoriasis vulgaire après un impétigo contagiosa et un impétigo simplex (Psoriasis vulgaris nach Impetigo contagiosa und Impetigo simplex), par A. Fessler. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 1, avril 1934, p. 24.

Chez un enfant, atteint d'*impetigo contagiosa* du tronc et d'*impetigo simplex* de la tête, on voit apparaître, après la guérison, et à la place des éléments infectieux, une éruption de psoriasis, vérifiée histologiquement. Reste à savoir si les deux maladies ont même cause ou si l'impétigo a déchaîné le psoriasis.

L. Chatellier.

Erythème et pigmentation par irradiation dans le nævus anémique (Strahlenerythem und Pigmentation beim Nævus anaemicus), par F. Kalz. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 1, avril 1934, p. 28.

Sur 6 malades présentant un nævus anémique, K. a provoqué de l'érythème et de la pigmentation par les ultra-violets ou les rayons limites : la peau normale a réagi plus intensément que le territoire nævique, bien que, au microscope, K. n'ait pas trouvé de différence dans la teneur en pigment des deux territoires (imprégnation et dopa-réaction). La pigmentation plus faible du territoire nævique peut s'expliquer soit par l'intensité plus faible de l'érythème, mais la pigmentation n'est pas fonction de l'érythème, soit par altération nerveuse. A noter que l'intensité de l'érythème et la pigmentation ne sont pas égales chez tous les malades.

L. Chatellier.

Contribution à la question des défaillances du diagnostic sérologique dans la syphilis fraîche (Beitrag zur Frage des Versagens des Serodiagnostiks bei füscher Syphilis), par Meyer-Buley. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 1, avril 1934, p. 33.

Un malade au 61[e] jour de sa contamination, présente une sérologie négative (Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke) malgré chancre et adénopathie typique. Les réactions sérologiques deviennent faiblement positives après les trois premières injections pour disparaître ensuite.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig)

Exploration fonctionnelle des glandes endocrines au moyen des réactions cutanées (Funktions-bestimmungsversuche endokriner Drüsen mit Hilfe kutaner Reaktionen), par T. Chorazak et K. Zisch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 13, 31 mars 1934.

Les auteurs ont étudié la valeur des réactions cutanées à divers extraits glandulaires (hormone folliculaire, lobe antérieur de l'hypophyse, extrait total hypophysaire, extrait splénique, extrait de parathyroïde, extrait testiculaire, extrait thymique, extrait thyroïdien) chez 67 malades atteints de dermatoses variées (urticaire chronique, eczéma, ulcère de jambe, lupus vulgaire, *xeroderma pigmentosum*, pemphigus vulgaire). Ils n'ont obtenu que 7 réactions positives avec l'extrait thyroïdien, l'extrait parathyroïdien et l'hormone folliculaire ; ces résultats ont été confirmés par un examen fonctionnel plus complet des glandes correspondantes. La méthode des épreuves cutanées ne peut donc remplacer les autres procédés d'investigation fonctionnelle.

L. Chatellier.

Sur l'histologie de quelques nævi rares (Zur Histologie Seltenerer Nævusformen), par A. Musger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 13, 31 mars 1934, p. 385, ■ fig.

Dans la première observation, il s'agit d'un nævus bilatéral, étendu du creux axillaire jusqu'aux jambes, où l'histologie révèle des malformations strictement limitées à l'épiderme (vacuolisation cellulaire, abondance de kérato-hyaline et hyperkératose modérée) avec déficience du pigment.

Dans la deuxième, le nævus, localisé à la région scapulaire gauche, est formé par des anomalies du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses (hypertrophie), sans modification de l'épiderme.

L. Chatellier.

Un cas de dermatite herpétiforme (Ein Fall von Dermatitis herpetiformis), par E. Lomholt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 13, 31 mars 1934, p. 394, 3 fig.

Observation intéressante par sa longue durée (environ 10 ans), par l'intensité du prurit et des paresthésies (localisées aux régions génitales et à la tête), par l'extension et le polymorphisme progressif de l'éruption, par la kératodermie palmo-plantaire qui succède aux lésions initiales, et enfin par les modifications secondaires du cuir chevelu. L'état général est resté toujours bon. L. Chatellier.

Mise en évidence des pigmentations irrégulières à la lumière ultra-violette (Zeir Darstellung von ungleich mässigen Pigmentierungen im ultravioletten Lichte), par Bommer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 14, 7 avril 1934, p. 413, 7 fig.

Les plages irrégulièrement pigmentées, examinées à la lampe à vapeur de mercure et à travers un filtre de Wood, donnent ainsi des contrastes beaucoup plus violents qu'à la lumière naturelle ou à toute autre source lumineuse. Cela s'explique par les phénomènes de fluorescence blanche qui se passent dans le tissu conjonctif. Par ce procédé s'accusent ou se découvrent les différences les plus minimes dans la pigmentation, dans le vitiligo, la leucomélanodermie post-psoriasique, les éphélides, etc. La principale difficulté était d'obtenir une épreuve photographique de ces différences. Certains filtres permettent aujourd'hui d'y arriver, car ils arrêtent les rayons réfléchis, mais laissent passer les rayons fluorescents. A l'appui 7 figures très démonstratives.

L. Chatellier.

Action de l'hyposulfite de soude sur le bacille de la lèpre (Die Beeinflussung der Leprcarreger durch Natriumthiosulfat), par A. Paldrock et A. Pooman. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 14, 7 avril 1934, p. 417, 1 fig.

Les auteurs se sont servis d'une solution d'hyposulfite de soude à 10 o/o, qu'ils ont fait agir, pendant des temps variables (1/2 à 24 heures), sur des frottis riches en bacilles de Hansen et colorés par la méthode de Gram modifiée par Schumacher : dès la 3e heure, le bacille commence à devenir Gram négatif ; l'action de l'hyposulfite de soude atteint son maximum au bout de 24 heures.

L'action de l'hyposulfite sur le bacille vivant est vérifiée sur un léprome qui est plongé dans la solution précédente et dont les frottis sont examinés à intervalles réguliers. Dès la 1re heure, on trouve dans les frottis autant de bacilles Gram + que de bacilles Gram — ; dès la 6e heure, prépondérance des bacilles Gram —, qui existent seuls au bout de 12 heures. En outre, on constate des altérations morphologiques du bacille qui se gonfle, devient plus épais, plus avide de colorant et qui donne des formes en chaînettes et en filaments, sans parler de la division, du bourgeonnement, des granulations libres et des formes en massues déjà connues. Ces constatations induisent à penser que l'agent pathogène n'est pas un bacille véritable, mais qu'il doit être compté parmi les hyphomycètes.

L. Chatellier.

Résultats statistiques des cancers observés à la clinique dermatologique de Zurich (Statistische Angaben aus der Krebstatistik der dermatologischen Klinik Zurich), par G. Miescher. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 14, 7 avril 1934, p. 420.

De 1920 à la première moitié de 1932, à la clinique de Zurich on a examiné 530 malades présentant 667 épithéliomas (nævo-carcinomes (35) exclus).

La fréquence de l'épithélioma (baso-cellulaire, spino-cellulaire, Bowen) croît pendant les 8 premières décades de la vie : très rares avant 30 ans, les épithéliomes augmentent de fréquence jusqu'à la 70e année (134 cas), diminuent un peu à 80 ans (181) et se font, évidemment, plus nombreux à 90 et 100 ans. Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes (203 pour les hommes, 327 pour les femmes) ; c'est à la tête qu'ils se développent dans la très grande majorité des cas : 608 fois à la tête, 59 fois sur les autres parties du corps. L'épithélioma unique est de beaucoup le plus fréquent. Les habitants de la campagne ou les travailleurs en plein air sont les plus touchés.

Les tumeurs de petites dimensions (pas plus de 5 centimètres de diamètre) ont été traitées par une dose unique massive (1.200-1.600 r) avec 87-90 o/o de guérisons après une irradiation ; le pourcentage s'élève à 95-97 o/o si l'on tient compte des cas irradiés une deuxième fois.

Les épithéliomas un peu plus étendus ou plus profonds sont traités par doses répétées soit quotidiennement (au total : 3.500-4.8000 r) ou deux fois par semaine (au total : 2.400-3.200 r). On obtient après un seul traitement : 77 o/o de guérisons pour les baso-cellulaires, 38 o/o pour les épithéliomas Bowen, 17 o/o pour les spino-cellulaires ; le pourcentage s'élève après un deuxième traitement à doses quotidiennes. Résultats identiques ou un peu supérieurs pour les irradiations bi-hebdomadaires. Il est quelquefois utile d'aplanir au préalable la tumeur par l'électro-coagulation. La méthode de Coutard pour les épithéliomas spino-cellulaires étendus ne s'est pas montrée supérieure aux autres procédés. L. Chatellier.

Sur l'influence du sérum des foyers lupiques sur l'évolution de la réaction à la tuberculine (Ueber den Einfluss des Lupusherdserums auf dem Verlauf der Tuberkulinreaktion), par K. Kauczynskei. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 15, 14 avril 1934, p. 457.

Existe-t-il dans le suc tissulaire des foyers lupiques des substances capables de modifier la réaction à la tuberculine chez les lupiques ? K. s'est servi du procédé de Mantoux et d'une solution de tuberculine à 0.50 p. 10.000. Chaque malade recevait une injection intradermique de tuberculine pure, de tuberculine + sérum sanguin, de tuberculine + suc tissulaire, de sérum sanguin seul, de suc tissulaire seul et enfin de sérum physiologique. 39 malades furent ainsi éprouvés : 36 lupiques, 1 syphilis secondaire, 1 tabès, 1 balanite gangréneuse.

Le suc tissulaire lupique n'a provoqué un renforcement de la réaction que dans 7 cas ; une atténuation dans 2 cas. Le sérum sanguin lupique, un renforcement dans 26 cas, une atténuation dans 2 cas.

On constate un renforcement par le sérum (2 fois sur 3) chez les autres malades. L. Chatellier.

Epreuves de résistance du virus de l'herpès par expériences sur le vivant (Resistenz prüfungsversuche am Herpesvirus durch in vivo-Experimente), par Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 16, 21 avril 1934, p. 485.

Le badigeonnage prophylactique de la peau scarifiée avec la teinture d'iode à 5 o/o, avec le savon et l'alcool à 70 o/o, empêche l'inoculation du virus herpétique. Les badigeonnages faits peu après l'inoculation sont sans action, sauf l'émulsion de savon qui empêche même alors l'inoculation.

Le virus herpétique déposé sur une peau non lésée perd sa virulence au bout de 24 heures, car les scarifications faites à ce moment ne donnent pas de résultats positifs. L. Chatellier.

Sur la question du livédo racemosa (Zur Frage der Pigmentatio racemosa), par A. Kolb et T. Wlassics. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 16, 21 avril 1934, p. 494, 1 fig.

Tout le monde connaît le réseau pigmenté, qui apparaît sur les jambes, les cuisses, les fesses, etc., après action prolongée de la chaleur. On a voulu faire intervenir aussi dans la genèse de cette affection le froid, la lumière et des maladies organiques. Les auteurs, pendant l'hiver, ont observé 31 cas de livedo pigmenté (24 femmes et 7 hommes), avec l'allure clinique habituelle. Chez une jeune fille de 22 ans, les stries pigmentées présentaient, outre une pigmentation intense, un état exsudatif avec vésiculation, dont les éléments étaient hémisphériques, transparents, à parois minces, et qui se desséchaient en croûtes épaisses. La plupart des malades offraient en même temps du livedo simple. Chez aucun des malades, l'intervention de la lumière ou du froid ne pouvait être invoquée. Sur les 31 malades, 5 étaient des syphilis récentes et 3 des tuberculoses cutanées (lupus, scrofuloderme). L. Chatellier.

Eczéma par bois de grenadille (Ekzem durch grenadillholz), par E. Schröpl. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 16, 21 avril 1934, p. 488.

Chez un fabricant d'instruments de musique, on voit apparaître un eczéma des mains, des bras et du visage, par sensibilisation au bois de grenadille ; le malade ne manipulait pas directement le bois, mais les embouchures de clarinettes se confectionnaient dans une pièce voisine.
L. Chatellier.

Un cas rare de maladie de Schamberg (Ein seltener Fall von Schambergscher Krankheit), par P. Photinos. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 17, 28 avril 1934, p. 513, 1 fig.

Première observation grecque de cette affection rare en Europe Centrale ; certaines plaques étaient de formes arrondies et avec piqueté hémorragique. La malade est une jeune fille de 14 ans, non encore réglée. L. Chatellier.

Sur le zona récidivant (Der rezidivierende zoster), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 17, 28 avril 1934, p. 515.

Deux observations de zona récidivant : dans la première, récidive au même endroit ; dans la deuxième, la récidive s'est faite en dehors du territoire initial et fut suivie d'un zona généralisé. L'auto-inoculation est restée négative chez les deux malades, de même que l'inoculation à la cornée du lapin, ce qui exclut l'herpès. L. Chatellier.

Sur l'onychotillomanie (Ueber Onychotillomanie), par J. Alkiewicz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 17, 28 avril 1934, p. 519, 1 fig.

Un homme de 53 ans, intelligent, sans aucun signe de dégénérescence, avait pris l'habitude depuis 10 ans, quand il était invité, d'éplucher l'ongle de son 5e doigt droit ; depuis 2 ans, il s'était attaqué au même doigt de la main gauche. Pour cela, il se servait habituellement de l'ongle du pouce ; parfois même d'un canif ou de ciseaux. Par ces manœuvres, la racine de l'ongle était devenue épaisse et bombée ; l'extrémité distale amincie et déprimée, la limite distale de la lunule peu visible. En protégeant le petit doigt gauche, l'ongle a repoussé normalement.

A. propose pour cette lésion, le terme d'onychotillomanie (du verbe grec gratter : tillo). L. Chatellier.

Sur deux nouvelles espèces d'oospora trouvées dans la langue noire pileuse (Ueber zwei neue oosporaarten bei « schwarzer Haarzunge »), par R. Schæde. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 17, 28 avril 1934, p. 521.

Après grattage de la surface linguale pileuse, S. obtient, par cultures, 2 champignons qu'il identifie comme *Oospora catenata* et *O. fragilis*. S., à ce propos, rappelle les divers organismes trouvés dans les langues noires. On peut admettre trois hypothèses pour expliquer la langue noire : 1° les organismes qui y ont été trouvés n'ont aucun rôle pathogène, ce sont des saprophytes, car il n'y a pas d'agent pathogène spécifique de cette lésion ; 2° l'agent pathogène existe, mais il est inconnu, car ceux qu'on a décrits sont des saprophytes ; 3° la langue noire ne relève pas d'un germe, mais d'une cause encore inconnue. Il serait nécessaire, au préalable, de connaître les germes qu'on trouve normalement sur la langue. L. Chatellier.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les intradermo-réactions et l'érythrodermie arsénobenzolique (Intradermal tests in relation to arsphenamine dermatitis), par Cannon et Karelitz. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, n° 4, avril 1934, p. 485.

C. et K. ont étudié la valeur diagnostique et pronostique de l'intradermo-réaction aux arsénobenzènes dans l'érythrodermie arsénobenzo-

lique. Leur expérience porte sur 1.586 réactions faites chez 256 individus. Tous les problèmes ont été successivement passés en revue et toutes les conditions spéciales envisagées : résultats obtenus chez les sujets traités et non traités par les arsénobenzènes, chez des sujets ayant absorbé d'autres arsenicaux, chez les tolérants et les intolérants, suivant les produits utilisés, valeur des réactions au point de vue du pronostic de l'intolérance, etc.

Les conclusions auxquelles sont arrivés ces auteurs sont les suivantes :

Il n'existe pas de rapport constant entre l'intradermo-réaction et les réactions cliniques des malades aux arsénobenzènes. Les réactions ont été positives chez 48,7 o/o des malades qui ont présenté une dermatite arsénobenzolique, pourcentage plus élevé que dans tous les autres groupes mais insuffisant au point de vue pratique.

La réaction manque de spécificité et sa valeur diagnostique est faible. En effet, 5 malades seulement sur 76, atteints d'érythrodermie, ont réagi positivement au produit en cause, tandis qu'un certain nombre d'entre eux réagissaient positivement à d'autres produits arsenicaux.

Des réactions positives ont été observées chez des malades qui avaient absorbé des arsenicaux autres que les arsénobenzènes (cacodylate, liqueur de Fowler) et même chez des individus qui n'avaient jamais absorbé d'arsenic sous une forme quelconque.

Les réactions furent très fréquemment négatives chez des malades présentant des complications non douteuses du traitement arsénobenzolique.

Au point de vue du pronostic de l'intolérance, les intradermo-réactions n'ont qu'une valeur très relative : des malades parfaitement tolérants aux arsénobenzènes ont présenté des réactions positives et sont néanmoins restés tolérants ultérieurement.

Il n'existe aucune preuve de ce que les intradermo-réactions à l'arsénobenzol puissent sensibiliser les malades. S. Fernet.

L'inhibition des cultures de champignons par le sérum des malades porteurs de dermatophytides (Inhibition of fungi in cultures by blood serum from patients with « phytid » eruption), par Ayres et Anderson. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, no 4, avril 1934, p. 537, 2 fig.

On sait actuellement que les mycoses peuvent s'accompagner d'éruptions secondes, non habitées, de nature probablement allergique. Les auteurs pensent que l'hypersensibilité est créée par les parasites qui ont pénétré dans la circulation et qui y ont été détruits. Ils admettent donc l'existence d'anticorps spécifiques dans le sang de ces malades et cherchent à démontrer leur présence.

Ils ont pratiqué simultanément des cultures des squames sur milieu de Sabouraud et sur le même milieu additionné du sérum du malade dans la proportion de 8 o/o. Dans presque tous les cas où il existait des dermatophytides, ces dernières cultures n'ont pas poussé.

Les expériences ont porté sur 56 cas dont il résulte que l'inhibition

des cultures du germe en cause se produit exclusivement dans les cas où il existe des dermatophytides vraies. Lorsque toutes les lésions sont habitées, l'inhibition ne se produit pas ; il en est de même lorsque le malade, porteur d'une épidermomycose, présente simultanément une éruption sans rapport avec la mycose.

L'inhibition des cultures par le sérum des malades a surtout été observée dans des cas d'épidermomycoses des pieds accompagnées de dermatophytides des mains, sauf lorsque les parasites en cause étaient des *Monilia*, des *Cryptococus* ou lorsqu'il y avait pléiomorphisme des cultures. S. FERNET.

Un cas mortel d'infection de la peau par les Monilia (Monilial infection of the skin — report of a fatal case), par ROCKWOOD et GREENWOOD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, nº 4, avril 1934, p. 574,6 fig.

Observation d'un cas de muguet, ayant débuté par la bouche et étendu ensuite au pharynx, au larynx et à la peau sous forme de vastes nappes rouges, finement squameuses, dont les bords étaient nettement arrêtés et légèrement tuméfiés. Ces nappes occupaient la partie supérieure du thorax, l'abdomen, les plis, la face et le cou. Après un an d'évolution, l'affection se compliqua d'infections secondaires, d'abcès multiples, d'escharres et le malade mourut de cachexie.

Les cultures des lésions primitives buccales et cutanées permirent d'identifier le *Monilia albicans* qu'on trouvait aussi dans les matières. L'agglutination était positive à 1 p. 800 avec le sérum de lapin immunisé contre les *Monilia* (méthode de Hopkins et Bentam) et négative avec le sérum de lapins immunisés contre d'autres espèces de *Monilia*. Il n'y avait pas d'agglutination par le sérum du malade. Les hémocultures étaient négatives. Le malade a constamment présenté une lymphocytose variant de 48 à 56 o/o. Tous les traitements ont été inefficaces. S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

La kératodermie de la ménopause (Keratoderma climactericum), par HAXTHAUSEN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLVI, nº 4, avril 1934, p. 161, 2 fig.

Du groupe des kératodermies de cause inconnue, H. isole un type clinique qui s'observe chez des femmes au moment de la ménopause et coïncide constamment avec de l'obésité, de l'hypertension et quelquefois avec de l'arthrose des genoux. Ces kératodermies s'eczématisent rapidement mais il ne faut les confondre ni avec l'eczéma kératosique, ni avec le psoriasis palmaire et plantaire. S. FERNET.

Un cas familial de cheveux annelés (Pili annulati occuring as a family disorder), par REYN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLVI, nº 4, avril 1934, p. 168, 4 fig.

R. cite le cas d'une famille dans laquelle sept personnes présen-

taient des cheveux annelés. Vues obliquement, ces chevelures avaient un aspect perlé. Examinés isolément, les cheveux présentaient des segments alternés clairs et foncés d'égale longueur.

La pathogénie des cheveux annelés n'a pu encore être élucidée ; on a pensé que les segments alternatifs correspondaient aux pousses de nuit et de jour. L'hypothèse d'après laquelle des bulles d'air seraient inclues dans les canaux médullaires paraît plus vraisemblable. Dans un cas de Unna, il existait simultanément une leuconychie en bandes transversales rendant probable une inhibition périodique de cause générale. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Un cas de Kératodermie blennorrhagique (Keratodermia blennorrhagicum — report of a case), par Downing. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, nº 11, 17 mars 1934, p. 829.

Dans un cas de blennorragie compliqué d'arthrite, de kératodermie plantaire et de fièvre continue, D. a obtenu la guérison par l'ablation des vésicules séminales, tuméfiées et tendues, l'incision et le drainage de la prostate, également infectée. S. Fernet.

Les éruptions de la codéine (The skin eruptions of codeine), par Scheer et Keil. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, nº 12, 24 mars 1934, p. 908.

Les éruptions provoquées par la codéine étant rares, le cas observé par S. et K. est le 7e qui soit décrit. Il s'agissait d'une éruption primitivement péri-folliculaire, puis confluente, d'aspect scarlatiniforme. Le prurit était très marqué. Les épidermo-réactions étaient positives à la codéine et négatives à la morphine. S. Fernet.

Un antidote contre l'empoisonnement aigu par le mercure (An antidote for acute mercury poisoning), par Rosenthal. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, nº 16, 21 avril 1934, p. 1273.

Expérimenté d'abord sur des animaux, le formol-sulfoxylate de sodium a été reconnu comme l'antidote le plus actif dans l'empoisonnement par le sublimé. Ce produit donne avec les sels mercuriels un précipité insoluble, gris-noir, peu toxique.

R. a déjà traité avec succès 10 cas d'empoisonnement par le sublimé. Il pratique un lavage d'estomac avec une solution aqueuse de formol-sulfoxylate à 5 o/o et laisse une partie de la solution dans l'estomac. Immédiatement après, il fait une injection intraveineuse de 10 grammes environ du même produit dissous dans 100 à 200 centimètres cubes d'eau. Dans les cas de rectite, il pratique un lavement avec une solution à 1 p. 1.000.

Dans tous les cas qui ont pu être traités précocement, les accidents ont été enrayés en quelques jours alors que les doses de sublimé absor-

bées étaient élevées (0,50 à 2 gr.) et qu'au cours des premières heures, les symptômes étaient des plus alarmants. S. FERNET.

La méthode standardisée du traitement de la syphilis au début (Standard treatment procedure in early syphilis), par STOKES, COLE, O'LEARY, WILE, PARRAN, VONDERLEHR et USILTON. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 16, 21 avril 1934.

Sous le parrainage de la Société des Nations et du Ministère de la Santé Publique des États-Unis, cinq cliniques universitaires, aidées par la générosité de quelques donateurs, ont effectué une large investigation pour établir les règles d'un traitement standardisé de la syphilis au début.

En effet, si le traitement des périodes tardives de la syphilis ne peut être qu'individuel, celui de la syphilis au début peut et doit être le même pour tous les cas ; à cette époque de l'infection, il n'existe aucun signe capable de faire prévoir l'avenir.

Le traitement « standard » du début de la syphilis a été étayé sur un certain nombre de principes unanimement admis et dont les principaux sont les suivants : la sérologie n'a aucune valeur pour contrôler la contagiosité d'un cas de syphilis ; la recherche des lésions contagieuses est inefficace, sauf comme complément et l'examen des prostituées est parfaitement inutile ; aucun produit n'égale les arsénobenzènes dans la prophylaxie des accidents contagieux ; le traitement doit être continu et non intermittent, il doit durer 18 mois et comprendre un minimum de 20 injections arsenicales combinées avec des injections de métaux lourds. Les traitements arsenicaux écourtés constituent la principale cause des récidives ; les statistiques montrent, en effet, que 80 o/o des récidives sont observées chez des malades qui ont reçu moins de 15 injections arsenicales ; ceux, par contre, qui ont reçu 20 injections ou plus ne présentent des récidives que dans la proportion de 13 o/o.

Si théoriquement, la guérison de la syphilis reste difficile à définir, pratiquement, on peut employer le terme de guérison lorsque le malade a été suivi régulièrement pendant deux ans et que pendant l'année d'épreuve qui suit ces deux ans il n'a pas présenté d'accidents, que ses réactions sérologiques sont restées négatives, son liquide céphalo-rachidien normal ou s'il présente une réinfection.

Cette guérison pratique est obtenue dans 71 o/o des cas traités par les méthodes courantes ; on peut la réaliser dans 86 o/o des cas par la méthode du traitement continu standardisé. Cette méthode augmente le pourcentage des guérisons dans toutes les catégories de cas, aussi bien lorsqu'il s'agit de la période présérologique que dans les cas de syphilis secondaire ou de syphilis sérologiquement irréductible. L'intérêt de ces guérisons est particulièrement important lorsqu'il s'agit de ces dernières, car 30 o/o de ces cas se compliquent ultérieurement de

neuro-syphilis alors qu'on ne les observe que dans 18 o/o des autres formes.

Il faut admettre comme axiome que les arsénobenzènes ne doivent jamais être utilisés seuls pour le traitement de la syphilis au début ; leur emploi exclusif prédispose aux neuro-récidives, aux hépato- et réno-récidives, aux réactions allergiques telles que le tertiarisme malin précoce (développement de lésions gommeuses destructives quelques mois après le début de l'infection).

L'acquisition la plus importante de ces dernières années c'est la conception du traitement continu. L'idée du traitement intermittent n'est qu'une réminiscence du XIXe siècle, époque à laquelle le mercure, seul utilisé, toxique et débilitant, obligeait à interrompre régulièrement les traitements. Il n'en est plus de même actuellement avec les produits toniques et rapidement éliminés que nous possédons. Dorénavant, il est « pernicieux » de laisser une période de repos au cours des premiers 18 mois de traitement, de même qu'il est dangereux d'écourter le traitement, quelles que soient les conditions favorables. Dans ce but, il est préférable de ne pas troubler les bonnes déterminations des malades en leur faisant connaître trop tôt les résultats des réactions sérologiques faites en cours de traitement.

Le traitement « standard » qui résulte de toutes ces considérations consiste à faire *sans discontinuer* pendant 18 mois des séries alternées de novarsénobenzol (7 injections à doses progressives en 6 semaines) et de bismuth ou de mercure et d'iodure de potassium, étant bien entendu qu'il est établi pour des adultes sans tare et qu'il est appliqué avec les précautions d'usage. Le schéma de ce traitement est à peu près le suivant : 1re à 6e semaine : 7 à 8 injections de novarsénobenzol à doses progressives usuelles, plus ou moins espacées suivant l'importance de ces doses ; 7e à 11e semaine : injections de bismuth ou de mercure complété par l'iodure de K ; 12e à 18e semaine : série d'injections arsenicales ; 19e à 23e semaine : Bi ou Hg et IK et ainsi de suite. Le Bordet-Wassermann est pratiqué tous les mois, une ponction lombaire vers la 50e semaine. De la 75e à la 122e semaine : période d'épreuve sans traitement. A la 123e semaine : examen complet, deuxième ponction lombaire. Au cours des 18 mois de traitement, on arrive ainsi à faire un minimum de 20 à 30 injections de novar et autant de métaux lourds.

S. FERNET.

The New England Journal of Medecine.

Anémie aplastique consécutive au traitement du lupus érythémateux par le thiosulfate double d'or et de sodium (Aplastic anemia following the treatment of lupus erythmatosus with gold sodium thiosulfate), par DAMESTEK. *The New England Journal of Medecine*, 29 mars 1934, p. 687.

L'anémie aplastique primitive, spontanée, paraît devoir disparaître des cadres nosologiques au fur et à mesure que ses causes toxiques sont

mieux connues ; après le benzol, les arsénobenzènes et l'arsenic, les rayons X et toutes les substances radioactives ont été incriminées.

Il semble qu'il faille actuellement ajouter l'or à la série des agents divers possédant une action nocive élective sur la moelle osseuse.

D. cite deux observations d'anémie aplastique consécutive à des injections de sel d'or chez des femmes de 19 et 25 ans. Il étudie le syndrome hématologique engendré par la chrysothérapie et passe en revue les faits déjà cités dans la littérature. S. FERNET.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Sur l'érythème multiforme de localisation exclusivement buccale (Sobre el eritema multiforme de localizacion exclusivamente bucal), par J. BEJARANO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 6, mars 1934, p. 431.

D'après Trautmann, la localisation primitive de l'érythème multiforme exsudatif serait plus fréquente dans la cavité buccale que sur la peau.

Cette discordance, qui n'est rien moins qu'apparente, s'explique si l'on songe que dans beaucoup de cas l'érythème multiforme est précédé d'une amygdalite initiale, considérée par cet auteur comme la manifestation initiale du syndrome.

B. attire l'attention sur la possibilité de lésions dont le siège est exclusivement buccal au moins pendant un certain temps.

Le diagnostic est d'une extrême difficulté et ne peut être fermement porté avant l'apparition sur la surface de la peau d'éléments typiques.

Dans deux cas, B. a noté des érosions de fond sale, diphtéroïde, entourées d'un petit anneau blanchâtre d'épiderme décollé faisant penser à des bulles rompues. Ces lésions ont apparu brusquement sur la muqueuse génienne, les bords de la langue et la face muqueuse de la lèvre inférieure. Elles sont assez douloureuses surtout au moment de l'ingestion des aliments, gênant la parole, s'accompagnant de sialorrhée, d'une adénopathie sous-maxillaire discrète, et d'un léger mouvement fébrile. Vers la fin de l'éruption, apparaissent sur le dos des mains du premier malade des éléments typiques d'érythème exsudatif multiforme et chez le second deux éléments d'herpès iris sur la face interne du bras gauche. J. MARGAROT.

Chancre syphilitique apparu au cours d'un ictère catarrhal chez un sujet atteint de maladie de Nicolas-Favre (Chancro sifilitico aparecido en el curso de una ictericia catarral en un sujeto linfogranulomatoso), par J. MANCRU, *Actas Dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 6, mars 1934, p. 434.

Un homme de 25 ans présente une adénopathie inguinale droite subaiguë, ayant les caractères cliniques d'une maladie de Nicolas-Favre. L'intradermo-réaction de Frei est positive. Le Bordet-Wassermann et le Kahn sont négatifs ; la M. R. T. est douteuse.

Le malade n'est revu que 3 mois après. Une adénopathie s'est déve-

loppée du côté opposé, mais le motif de la consultation est un chancre induré du sillon balano-préputial. On trouve des tréponèmes à l'ultramicroscope. Les réactions sérologiques de la syphilis sont nettement positives. Il n'existe aucun signe de syphilis secondaire.

On note, en outre, un ictère qui paraît en voie de régression. Il ne s'accompagne d'aucun trouble général. La rate et le foie ne sont pas augmentés de volume.

Un traitement bismuthique est institué. L'ictère disparaît en quelques jours. Le chancre commence à se cicatriser.

L'auteur estime qu'il ne saurait être question d'un ictère primaire, étant donnée l'antériorité de l'atteinte hépatique par rapport à l'accident initial de la syphilis. J. MARGAROT.

Un cas de lichen plan exclusif de la muqueuse buccale histologiquement atypique (Un caso de liquen plano exclusivo de la mucosa bucal histologicamente atipico), par JAVIER M. TOME BONA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 6, mars 1934, p. 436, 2 fig.

Un malade de 31 ans présente sur la face muqueuse des deux joues des lésions opalines arborescentes de contours légèrement géométriques. Elles ne sont le siège d'aucune exulcération et offrent une légère infiltration.

Le malade a présenté un accident primaire 6 mois auparavant. Les réactions sérologiques sont fortement positives.

Un traitement combiné par le néosalvarsan et le bismuth n'amène aucune modification des lésions buccales.

Les préparations histologiques ne montrent pas la limitation brusque de l'infiltrat si caractéristique du lichen. On note par contre une prolifération vasculaire intense avec des infiltrations péri-vasculaires et dans quelques points une extraordinaire hypertrophie de la couche interne. Le corps muqueux de Malpighi présente une tendance à la kératinisation avec élargissement des cellules, rétraction et même disparition des noyaux en quelques points, mais sans formation évidente d'une couche cornée.

L'auteur élimine le diagnostic de plaque muqueuse, de leucoplasie et de lupus érythémateux pour conclure à un lichen plan exclusif de la muqueuse buccale de siège et de morphologie caractéristiques, mais atypique au point de vue histologique. J. MARGAROT.

Premier symptôme objectif chez les lépreux espagnols (Primer sintoma objectivo en los leprosos españoles), par P. MONTANES et E. NEGRO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, mars 1934, no 6, p. 440.

Dans les 417 cas de lèpre étudiés par les auteurs, le début le plus fréquent s'est fait par des taches (30,21 o/o des cas). L'apparition initiale de tubercules n'est notée que dans une proportion de 16,6 o/o.

Les deux sortes de lésions se rencontrent le plus souvent sur le

visage et, par ordre de fréquence décroissante, sur le membre inférieur, le membre supérieur et le tronc.

Le début se fait par des lésions névritiques dans 12 o/o et par un pemphigus dans 9,50 o/o des cas. Ces manifestations initiales prédominent habituellement sur les membres inférieurs, leur localisation sur les membres supérieurs arrive en seconde ligne.

Les auteurs n'ont jamais vu la maladie commencer par des lésions bulleuses de la face.

Les autres modes de début sont la rhinite (8,50 o/o des cas), la poussée aiguë (5,03 o/o des cas), la déglabration des sourcils (4,07 o/o des cas).

Plus rarement, les premiers troubles répondent à une anesthésie, à un œdème des jambes, à des ulcères ou à un mal perforant.

Ces diverses modalités de début permettent de prévoir avec de grandes probabilités la forme clinique, sa gravité ou sa bénignité ainsi que sa durée approximative.

Les taches, les tubercules, la rhinite, la lépro-réaction ou la déglabration des sourcils annoncent une forme cutanée grave avec des accidents intercurrents très pénibles, d'une évolution relativement rapide. Par contre, le début par une névrite, par un pemphigus, par un mal perforant, par des anesthésies fait prévoir une lèpre nerveuse plus bénigne avec peu d'accidents intercurrents et d'une durée plus prolongée.

Du point de vue prophylactique, la vigilance doit être beaucoup plus grande pour le premier groupe de malades que pour le second. Dans celui-ci, les lésions sont beaucoup moins bacillifères que dans celui-là.

J. Margarot.

Epilation diathermique (Dépilation diatermica), par Laureano Solla. *Actas dermo-sifiligraficas*, 26e année, mars 1934, no 6, p. 445.

L'épilation diathermique présente l'avantage d'être pour ainsi dire instantanée tandis que l'épilation électrolytique nécessite 20 à 30 secondes pour chaque poil.

Avec celle-ci, la repousse se fait sur 20 à 30 o/o des follicules traités ; avec celle-là elle n'existe pour ainsi dire pas.

L'auteur utilise la diathermo-coagulation que Bordier a substituée à l'électrolyse dans le traitement des hypertrichoses.

Cette épilation se fait soit sous la forme d'une épilation diathermique directe, soit par la méthode de diathermie sans fil de Turrel, d'Oxford : l'électrode active non isolée, tenue par l'opérateur, n'est en communication par aucun fil avec l'appareil de diathermie.

J. Margarot.

Quelques considérations à propos d'un cas de maladie de Recklinghausen (Algunas consideraciones con motivo de un caso de enfermedad de Recklinghausen), par Javier M. Tome Bona et Antonio Péna Marquez. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 6, mars 1934, p. 457, 2 fig.

Cas typique de maladie de Recklinghausen. La triade de Landowski est au complet. Il n'existe pas de troubles psychiques. L'auteur souligne le caractère héréditaire et familial de l'affection.

L'existence d'une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes tendineux, clonus du pied et Babinski, fait d'abord penser à une compression médullaire par une tumeur intravertébrale. L'absence de troubles radiculaires et d'automatisme médullaire, l'exagération des réflexes supérieurs, l'abolition des réflexes abdominaux, le nystagmus, l'ataxie du tronc, le caractère normal du liquide céphalo-rachidien font éliminer ce premier diagnostic et porter celui de sclérose en plaques associée.

J. Margarot.

Trichophytie des bovidés (Tricofitia de los bóvidos), par Eduardo de Gregorio. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 6, mars 1934, p. 462.

E. de G. a observé sur une vingtaine de bovidés une dermatose constituée par des plaques squameuses multiples, arrondies, occupant surtout le train antérieur (tête, cou, poitrine).

L'enlèvement des squames montre une surface nette, de couleur rosée, non suppurante. Elles sont entremêlées de poils recroquevillés.

On trouve à l'examen microscopique un *trichophyton ectothrix* à grandes spores. Les cultures permettent d'identifier le trichophyton faviforme *Album*.

L'affection est transmissible à l'homme. J. Margarot.

Erythème fixe pigmenté causé par l'aspirine (Eritema fijo pigmentario por la aspirina), par C. Aguilera Maruri et M. Fernandez Arche. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, no 6, mars 1934, p. 469.

Depuis la description par Brocq des érythèmes fixes pigmentés causés par l'antipyrine, diverses observations ont été publiées d'éruptions analogues dues à la phénolphtaléine, à l'aspirine ou même à certains aliments chez des sujets prédisposés.

A. M. et F. A. collationnant les divers accidents cutanés provoqués par l'aspirine, remarquent qu'il s'agit toujours de formes bulleuses ou urticariennes et non du type clinique si spécial établi par Brocq. Par contre, dans un cas observé par eux, l'érythème fixe pigmentaire présente toutes les caractéristiques du syndrome princeps et le reproduit à l'état de pureté. J. Margarot.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Contribution à l'étude de la blastomycose dite « Sud Américaine », par Bertaccini. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 7831, 29 fig. Bibliographie.

Après avoir résumé nos connaissances actuelles sur les blastomycoses en insistant particulièrement sur les formes sud-américaines, l'auteur s'étend longuement sur un cas qui a été l'objet de ses observations et de ses recherches pendant deux années.

Il s'agit d'un émigrant rapatrié, qui est tombé malade au Brésil en 1929. La maladie débuta par une ulcération de la face interne de la lèvre inférieure qui s'étendit peu à peu, malgré les traitements locaux, gagnant les commissures labiales, les gencives, la face interne des joues, le palais, et débordant au dehors sur la peau de la lèvre inférieure et du menton. Il fut traité au Brésil par l'iode et par un vaccin. Rentré en Italie, il resta pendant deux mois au printemps de 1931 à la Clinique de Florence où il fut traité par la diathermo-coagulation sur les ulcérations. Puis il passa à Sienne dans la Clinique du Pr Bertaccini en septembre 1931. Il présentait alors une ulcération ovoïde à la peau de la lèvre inférieure et du menton, assez profonde, avec des bords légèrement éversés, notablement infiltrés et des ulcérations superficielles, plates, avec bords nets peu infiltrés et fond plat aux commisssures labiales, à la face interne de la lèvre inférieure, à la face interne des joues (auprès de la commissure labiale) au palais dur. Les dents manquent presque toutes, expulsées sans douleur au cours de la maladie.

Toutes les recherches bactériologiques, culturales, sérologiques, hématologiques, pratiquées pendant une période de deux mois environ, restèrent infructueuses.

En décembre, commencèrent à se manifester des adénites multiples au cou, bilatérales, dures d'abord, puis avec tendance à se fusionner, avec évolution subaiguë et tuméfaction successive de nouveaux groupes ganglionnaires. Dans le pus dense aspiré avec une seringue des ganglions ramollis et encore fermés, il fut toujours possible de démontrer la présence de corps arrondis, avec membrane réfringente à double contour, ayant les caractères des éléments dits « blastomycètes ». Par la suite, les mêmes signes furent observés, plus rares, dans les ulcérations cutanées.

Avec le pus des ganglions, il fut toujours possible de reproduire, chez le cobaye, par injection intra ou sous-dermique, ou dans le testicule, un tableau pathologique particulier, caractéristique, à évolution chronique, qui entraînait la mort de l'animal dans un temps qui variait de 45 jours à 6 mois et plus avec manifestations locales à distance. Dans les lésions expérimentales, étaient toujours visibles en grand nombre les corps parasitaires caractéristiques, avec formes bourgeonnantes nombreuses.

L'état du malade a toujours été en s'aggravant, malgré les nombreux traitements locaux et généraux, le sujet ayant de nouvelles adénites cervicales et sus-claviculaires, avec formation de trajets fistuleux, et une périchondrite au cartilage thyroïde. Il succomba en août 1933 dans un état de cachexie profonde, collapsus, œdème pulmonaire. La nécropsie a montré des altérations très intéressantes, des lèvres, des joues, du palais (ulcératios), de la branche montante de la mandibule, du pharynx, du larynx, de l'oreille moyenne, de la mastoïde (suppuration), de la dure-

mère, du cervelet (abcès cérébelleux à droite), des ganglions cervicaux et axillaires.

Dans tous ces organes, les examens histologiques ont montré des faits de nécrose et de suppuration et des faits de prolifération, consistant dans un tissu granulomateux caractéristique, le plus souvent giganto-cellulaire, dans lequel, même dans les organes les plus profonds comme le cervelet, les parasites sont très nombreux, libres ou englobés dans les cellules géantes.

Le champignon qui est la cause de cette maladie est très difficilement cultivable. Sur 400 tubes ensemencés, on ne put obtenir des cultures que sur 4 à 5 tubes.

Le germe obtenu dans ces cultures est d'une espèce particulière non encore décrite, appartenant d'après Radaeli au genre *scopulariopsis*, et Radaeli a proposé de l'appeler *scopulariopsis Bertaccini*. Des cultures de ce champignon il est très difficile d'obtenir des suspensions homogènes, aussi des expériences biologiques n'ont-elles pas été possibles.

Avec la supension elle-même, en l'inoculant à quatre cobayes, on a obtenu des résultats nettement positifs, dans le sens de manifestations et de constatations parasitaires identiques à celles obtenues chez les animaux inoculés avec le pus. Les rétrocultures ont échoué.

Après une ample discussion diagnostique, l'auteur affirme qu'il s'agit d'une forme de la blastomycose dite brésilienne, dans laquelle on a isolé un champignon qui doit être considéré comme l'agent pathogène.

BELGODERE.

Endothéliomatose cutanée avec caractères de systématisation, par FLARER. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p 829, 27 fig. Bibliographie.

Chez un jeune homme de 16 ans, apparaît une manifestation cutanée à évolution lente et progressive, constituée par une infiltration cutanée diffuse, se présentant au pubis sous la forme de tuméfactions bien visibles, au tronc, sous la forme d'une rugosité folliculaire qui s'accentue progressivement. Cette affection s'accompagne d'une augmentation de l'aire hépatique et splénique et d'une légère symptomatologie anémique.

L'examen du sang montre l'absence de tableau leucémique et la présence d'éléments cellulaires à caractère pathologique appartenant à la série mononucléée ; il existe aussi une certaine lymphocytopénie. On constate des tuméfactions ganglionnaires évidentes à la région inguinale.

L'examen histologique de la peau, tant au pubis qu'au tronc, montre qu'il s'agit d'un processus néoplasique qui a envahi complètement le derme, effaçant toute trace du tissu normal et lui substituant un feutrage épais d'éléments cellulaires, à caractère endothélial et à caractère lymphoïde, bien que non typique, très riche de petits vaisseaux capillaires. Dans les ganglions, la structure lymphatique normale apparaît complètement effacée ou presque, elle est remplacée par un tissu néo-

plasique à jetées irrégulières, riche de vaisseaux sanguins et présentant sur quelques points des lacunes vasculaires ; ce tissu est formé de cellules de type endothélial.

La discussion diagnostique de ce cas est complexe et difficile en ce qu'il faut tenir compte à la fois du caractère néoplasique de la manifestation et des caractères évidents de manifestation systématique. En particulier, la classification du cas est difficile à cause des degrés de passage qui existent entre néoplasie et formes prolifératives systématiques lorsque le siège du processus est, comme dans le cas présent, le système endothélial.

L'auteur, se basant sur un examen complet de tous les symptômes, cliniques, histologiques, hématologiques, croit devoir pencher pour le diagnostic de forme néoplasique avec caractères de systématisation, qui, bien que rares, ne sont pas exceptionnels dans le territoire de l'appareil réticulo-endothélial.

Il discute enfin la signification des cellules pathologiques en circulation au point de vue de leur dérivation possible des cellules endothéliales. Belgodere.

Les réactions vasculaires cutanées dans la sclérodermie, par Comel. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 855. Bibliographie.

L'auteur étudie d'abord au point de vue clinique deux cas de sclérodermie, l'un à type de morphée, l'autre ayant débuté par de la sclérodactylie et extension consécutive de la sclérodermie au visage. Dans les deux cas le bilan du Ca montre une rétention de cet élément. Le second cas fut opéré de parathyroïdectomie, avec retour du bilan calcique à la normale, et légère amélioration clinique durable après une amélioration initiale plus accentuée.

Chez ces deux malades, les réactions vasculaires cutanées furent étudiées d'une manière toute particulière.

On put ainsi constater des anomalies diverses, en rapport avec l'état clinique des lésions et avec les conditions de l'organisme.

Les anomalies vasculaires concernent essentiellement les réactions vaso-dilatatrices et œdématigènes des petits vaisseaux et moins les réactions constrictives. Elles consistent en réactions anormales et paradoxales, dermographiques, adrénaliniques et histaminiques, souvent avec dissociation entre les deux composantes capillaro-veineuse et artériolaire (indiquée par l'examen de la température), d'autres fois il s'agit de réactions thermiques paradoxales.

Dans la peau cliniquement indemne des sujets étudiés s'est vérifiée l'existence d'une réponse œdématigène moins intense et d'un état réfractaire à la vaso-dilatation érythémateuse, non complet, pour les excitations dermographiques moyennes et intenses. Par contre, la réponse thermique reste dans les limites normales (dissociation entre la réponse capillaire et artériolaire). Dans la peau sclérodermique, on constata

un état réfractaire érythématogène et œdématigène, parfois complet, avec réactions anormales, telles que le pomphus discontinu (pomphus en chapelet).

Les réactions à l'adrénaline se présentèrent selon le type normal et typique sur la peau cliniquement indemne. Dans la peau sclérodermique, on rencontre parfois des anomalies dans la formation du leuchème, mais avec réponse thermique orthodoxe sur sa surface.

Les réactions à l'histamine, alors qu'elles se présentèrent suivant le type classique dans la peau cliniquement indemne présentèrent des anomalies importantes sur la peau sclérodermique. Dans ce dernier cas, on vit manquer la formation du pomphus et du halo érythémateux : en contraste avec cet état réfractaire se développait au contraire une réaction thermique orthodoxe.

Chez la malade opérée de parathyroïdectomie partielle se développa, après l'opération, une intense réactivité œdématigène dermographique, la facilité de la formation du pomphus dermographique s'observant même sur la peau sclérodermique. Par contre, la réponse érythématogène resta atténuée, les réactions thermiques correspondantes se développant aussi selon le type orthodoxe.

A côté de l'intense réactivité œdématigène dermographique on observa des réactions adrénaliniques anormales. Ainsi fut constatée la formation de leuchème adrénalinique surélevé, paradoxal, avec augmentation de la température sur son territoire ; et la formation d'un leuchème surélevé sur un pomphus dermographique, également avec augmentation de la température.

Des observations particulières purent être effectuées en provoquant le leuchème adrénalinique sur le siège du pomphus dermographique, et réciproquement, en produisant un pomphus dermographique sur le siège d'un leuchème adrénalinique. On put aussi obtenir la superposition d'une réaction triple histaminique sur une réaction triple dermographique, et de même le phénomène inverse.

On put ainsi par ce moyen observer la sommation des pomphi, et celle des halos, révélées, la première par l'accentuation de l'élévation cutanée, la seconde par la réponse thermique plus accentuée. L'étude des variations de température a également, dans ces cas, permis de constater la dissociation entre la réponse capillaro-veineuse et celle des précapillaires, et la formation de réactions thermiques paradoxales.

Sur la base des données établies par le présent travail, il paraît à l'auteur évident que, dans les anomalies vasculaires sclérodermiques, on peut découvrir un mécanisme fonctionnel histogène, et non anatomique, appartenant aux tissus cutanés et à leurs petits vaisseaux. Il en résulte que ceux-ci sont capables de réagir par une réponse vasoconstrictive, vaso-dilatatrice et œdématigène. Mais, à côté d'un mécanisme vasculaire intact, il existe une lésion du mécanisme déterminant histogène, et cette dernière se traduirait par la formation anormale soit

quantitative, soit même qualitative, de substances capillaripètes de la part des tissus lésés par le processus sclérodermique.

Ce processus sclérodermique apparaît donc comme un processus histogène primaire, avec participation vasculaire secondaire : les anomalies fonctionnelles vasculaires n'ont pas de participation pathogénique dans la production des anomalies cellulaires, mais la dépendance apparaît au contraire d'ordre inverse.

La réactivité œdématigène anormale qui a succédé à la parathyroïdectomie soulève la question pathogéno-thérapeutique, du déterminisme parathyroïdien et de son mécanisme direct ou indirect. Il est permis de penser, dans le domaine des hypothèses vraisemblables que les modifications de la réactivité capillaire et histogène représentent une des modalités des répercussions de la parathyroïdectomie dans la sclérodermie.

BELGODERE.

Recherches endocriniennes en dermatologie par les méthodes de Reid-Hunt et de Aschheim et Zondek, par Francesco LISI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 903. Bibliographie.

Rappelons le principe de la méthode de Reid-Hunt : des rats blancs alimentés avec de la substance thyroïdienne présentent une résistance particulière à l'empoisonnement par l'acénonitrile. Des résultats ont été obtenus en faisant ingérer aussi du sang de basedowiens. On peut en partant de cette constatation mettre en évidence la présence de l'hormone thyroïdienne chez un sujet.

Quant à la méthode de Aschheim et Zondek, elle est connue de tous, et consiste dans la constatation de la présence de folliculine dans les urines sous l'influence de l'injection de l'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse ou Prolan.

La peau étant un des tissus qui subissent le plus facilement les influences endocriniennes et où celles-ci sont en outre particulièrement faciles à observer, il est apparu à l'auteur particulièrement intéressant de rechercher, dans un certain nombre de dermatoses que l'on peut à bon droit soupçonner d'être sous la dépendance d'influences endocriniennes, l'hyperfonctionnalité thyroïdienne, d'une part et, d'autre part, l'augmentation de l'élimination urinaire de folliculine et de Prolan A.

Les résultats obtenus, en tenant compte cependant de la complexité de leur interprétation ont en partie confirmé l'orientation clinique.

Ces résultats paraissent donc intéressants parce que, même dans le domaine dermatologique ils pourront plus tard ajouter de nouveaux éléments à ceux qui sont déjà utilisés dans la recherche clinique. Mais beaucoup d'inconnues existent encore et de nouvelles recherches seront nécessaires.

BELGODERE.

Sur les mélanodermies du goudron, par Angelo SCARPA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilografia*, vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 929. Bibliographie.

Après avoir rappelé sommairement les notions principales sur les

dermatoses dites « mélanoses de guerre » et sur les formes qui, parmi ces affections, ont des caractères bien définis et qui sont deux, la « mélanose de Riehl » et la « mélanose lichénoïde et bulleuse toxique de Hoffmann », l'auteur décrit trois cas de telles dyschromies cutanées, de coloration brun violacé, à disposition réticulaire, siégeant seulement sur les parties découvertes, qu'il a observées chez trois sujets attachés à un établissement où ils étaient exposés à des exhalations de vapeurs provenant d'une substance noire liquide (imitation de cire à cacheter) que l'examen chimique a montré composée en partie de poix, de goudron et de charbon fossile.

Les caractères de la dermatose observée et les recherches pratiquées permettent à l'auteur d'attribuer ces altérations cutanées au goudron et de les identifier avec la « mélanodermite de Hoffmann ». Il en fait ressortir les particularités cliniques et histologiques, en discute la pathogénie probable et appelle enfin l'attention sur les précautions hygiéno-prophylactiques qu'il convient d'adopter. BELGODERE.

Sur un cas de lichen de Vidal avec aspect de maladie de Fox-Fordyce (Contribution clinico-histologique et diagnostico-différentielle), par Giorgio ROBBIA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 951, 9 fig. Bibliographie.

Le cas étudié par l'auteur concerne une femme d'âge moyen, qui présentait une dermatose datant de six ans, siégeant aux aisselles et à l'aréole du sein. Les régions atteintes étaient parsemées d'éléments papuleux arrondis, irrégulièrement distribués, très rapprochés les uns des autres sans être confluents, très prurigineux, ayant un siège folliculaire et extra-folliculaire ; quelques-uns des plus petits ayant un caractère lichénoïde. Chute des poils axillaires. Par l'anamnèse, on apprend que la dermatose s'est manifestée avec des signes de dysthyroïdisme. Au point de vue somatique, les différents examens cliniques font ressortir les faits suivants : névrose végétative constitutionnelle avec hypertonie du sympathique, léger goitre (familial) avec palpitations et exophtalmie.

Au point de vue histologique, on constate de l'hyper et de la parakératose, de la dilatation des orifices des follicules et des conduits sudoripares ; acanthose considérable, œdème intra et intercellulaire, vacuolisation péri-nucléaire et légère spongiose ; dans le derme, œdème, vaso-dilatation, infiltrat dense parvi-cellulaire, péri-vasculaire et péri-folliculaire, présent également dans le derme profond autour de quelques groupes de glandes et de canaux sudoripares, altérés et parfois détruits par cet infiltrat. Celui-ci est constitué en majeure partie par des lymphocytes et beaucoup de cellules plasmatiques. On constate la présence de ces éléments infiltratifs dans les couches épithéliales.

L'auteur discute le diagnostic de ce cas, et écarte l'eczéma chronique et l'*acanthosis nigricans*. Il insiste particulièrement sur le diagnostic différentiel entre le lichen de Vidal et la maladie de Fox-Fordyce, et

met en évidence l'impossibilité d'un diagnostic certain basé sur la seule symptomatologie clinico-morphologique. Il fait ensuite un examen critique différentiel des caractères histologiques, d'où il résulte que ces caractères correspondent au lichen de Vidal. Il signale cependant les nombreuses analogies qui existent entre la névrodermite et la maladie de Fox-Fordyce, sans en admettre cependant l'identité absolue ; il admet qu'il s'agirait plutôt du même processus réactif, qui dans la dermatose de Fox-Fordyce, est plus nettement localisé aux glandes apocrines. Des résultats des divers examens cliniques il croit pouvoir expliquer l'étiologie de ce cas en admettant le concours de plusieurs facteurs, essentiels et secondaires. Parmi les premiers, il admet un facteur toxico-endocrinien et un facteur constitutionnel ; parmi les seconds, un facteur traumatique, dû au prurit. Il explique enfin l'identité presque totale entre deux dermatoses diverses, au point de vue clinique, par le fait que les caractères des altérations morphologiques n'ont qu'une spécificité relative tandis que les processus réactifs de l'organisme sont essentiels. BELGODERE.

Sur l'hypersensibilité à la phénolphtaléine, par Desiderio KENEDY. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 965.

Les réactions cutanées dues à la phénolphtaléine sont souvent signalées depuis quelques années par les dermatologistes étrangers, surtout Américains, ce qui s'explique par l'emploi de plus en plus répandu de cette substance, qui est le principe actif d'un grand nombre de spécialités laxatives ou purgatives. On les attribue en général à une sensibilisation, sans que toutefois la preuve de cette interprétation pathogénique ait pu être apportés jusqu'ici, les cuti-réactions et le transport passif par la méthode de Praussnitz-Küstner ayant donné des résultats négatifs entre les mains de tous les expérimentateurs.

L'auteur a observé plusieurs cas d'exanthèmes de cette nature, mais lui aussi n'a pu obtenir de résultats positifs par la cuti-réaction ou la méthode de Praussnitz-Küstner.

Il a eu alors l'idée d'utiliser la méthode de Walzer modifiée. La substance allergisante a d'abord été administrée par la bouche chez un sujet en expérience. Puis les anticorps (réagines) furent administrées sous la forme d'une injection intradermique du sérum d'un sujet atteint d'exanthème phénol-phtaléinique. Par cette méthode, il put obtenir une réaction cutanée positive sous la forme d'un pomphus, montrant ainsi que le transport passif était effectué.

Il pense que les accidents cutanés causés par la phénol-phtaléine ne sont pas dus au produit lui-même (antigène « primaire »), mais à des substances qui se forment à ses dépens dans l'organisme (antigène « secondaire »). C'est pourquoi la technique utilisée par l'auteur a pu aboutir à un résultat positif, parce qu'ainsi se trouvent réalisées les

conditions mêmes dans lesquelles se produisent les manifestations cliniques. BELGODERE.

Etude comparative sur la nouvelle réaction colorée de Hecht (H. M. B. F. R.), par Michele BRONZINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXV, fasc. 2, avril 1934, p. 969. Bibliographie.

L'auteur expose la technique de la réaction colorée de conglomération proposée récemment par le Pr Hugo Hecht : H. M. M. F. R. (Hecht-Müller-Ballung-Flockung-Reaktion) avec laquelle on obtient, par la coloration élective du colloïde de l'extrait, une gamme de couleurs qui facilite la lecture sans nuire à la spécificité. Nous ne décrirons pas cette technique, car, outre que ces travaux sont presque illisibles pour qui n'est pas personnellement exercé à la pratique de manipulations sérologiques, il est également difficile de les résumer en quelques lignes.

B. a pu, le premier, faire des expériences comparatives sur une série de 1.000 sérums, entre la M. B. R. II et la H. M. B. F. R. Il conclut que cette dernière est légèrement plus sensible, d'exécution plus rapide, de lecture plus nette et particulièrement précieuse dans les cas de faible positivité. BELGODERE.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (*Bologne*).

Polynévrite et myélite ascendante aiguë au cours d'une dermatite herpétiforme, par Audo GIANOTTI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. X, fasc. 3, avril 1934, p. 245. Bibliographie.

L'auteur fait observer que les études de ces dernières années tendent de plus en plus à faire perdre à la dermatite herpétiforme son individualité clinique et à la faire rentrer dans la famille des pemphigus. D'autre part, l'examen de la bibliographie montre que l'on signale, de plus en plus fréquemment, l'association de manifestations pemphigoïdes et de manifestations nerveuses. Comment faut-il interpréter une telle association ? L'hypothèse la plus séduisante est évidemment celle qui considérerait les accidents cutanés comme une conséquence des lésions nerveuses. Mais un examen attentif des cas publiés ne permet pas de retenir cette conception, attendu que les troubles nerveux sont contingents dans certains cas et dans d'autres succèdent au contraire aux manifestations cutanées. G. fait une revue générale de la littérature à ce propos.

Puis, il rapporte un cas personnel : celui d'une femme de 38 ans, qui, après une période d'aménorrhée, présenta des manifestations cutanées bulleuses de type pemphigoïde, pouvant être attribuées à une dermatite herpétiforme. Elle guérit au bout de quelques mois, surtout grâce à l'administration de préparations arsenicales et à l'auto-hémothérapie. Après une certaine période de bonne santé, nouvelle phase d'aménorrhée suivie d'une nouvelle poussée bulleuse de courte durée,

mais à laquelle succédèrent cette fois des accidents polynévritiques aux membres inférieurs. Nouvelle guérison. Deux ans plus tard, troisième phase : de nouveau aménorrhée, brève poussée bulleuse, polynévrite des membres inférieurs et, en outre, apparition de phénomènes de myélite à type ascendant qui aboutirent à la mort par paralysie bulbaire aiguë.

L'examen histologique de la moelle révéla des phénomènes hémorragiques diffus, surtout dans la colonne de Clarke, des phénomènes de dégénérescence dans les cellules de la substance grise, au niveau des cordons du faisceau pyramidal direct et croisé et du cordon de Gowers, et aussi des phénomènes de dégénérescence dans la substance blanche.

En somme, association de : troubles ovariens, éruption bulleuse, troubles nerveux.

Mais les troubles nerveux ont été postérieurs et de beaucoup, aux troubles cutanés. Pour G., il est probable que cette triade symptomatique est due à une cause unique qui peut agir sur des territoires plus ou moins étendus de l'organisme selon les prédispositions générales ou locales, ce qui explique la diversité des manifestations cliniques selon les cas.

Quant à la nature de cette cause, elle reste hypothétique et, dans le cas étudié, les recherches bactériologiques n'ont apporté aucune lumière sur ce point. G. incline à penser qu'il s'agirait d'un virus filtrable avec tropismes particuliers. BELGODERE.

Sur une double anomalie, congénitale et héréditaire, du système pileux : poils tordus et fragiles (Spirotrichorexis) et aplasie moniliforme (Monilethrix), par Filippo FRANCHI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 3, avril 1934, p. 267, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit une anomalie du système pileux, généralisée à toutes les régions, sauf la tête, le corps des sourcils et les cils, qui a atteint, à un degré accentué, depuis la première enfance, trois frères ; chez les enfants de l'un d'eux, la dystrophie est manifeste, mais à un degré sensiblement inférieur.

Caractérisée par une fragilité particulière des poils, qui se présentent hérissés et ébouriffés et, au microscope, par des torsions de 180 degrés sur l'axe longitudinal, sans altérations anatomiques de la tige du poil, elle est en outre accompagnée d'une autre dystrophie qui consiste dans une alternance de gonflements et d'étranglements du poil, comparable à l'aplasie moniliforme ; ce dernier fait, comme cela se voit dans les formes anormales de *monilethrix*, est cependant moins fréquent que la torsion et n'est pas constatable dans toutes les régions.

L'auteur discute ensuite le diagnostic avec les diverses altérations des poils, dues en général à des causes peu connues, et il exclut ces formes analogues. Il fait ensuite le relevé des observations peu nombreuses que l'on rencontre dans la littérature au sujet de cette anomalie.

Aux diverses appellations usitées jusqu'alors, il préfère celle de *spirotrichorexis*, qui caractérise mieux la dystrophie.

Il reconnaît à la torsion des poils le caractère d'une véritable et propre anomalie, puisqu'elle est une déviation du type spécifique, qui n'est pas toujours transmissible, mais dans laquelle l'hérédité (de type dominant) se manifeste parfois certainement.

Parmi les causes génératrices de cette anomalie, en se basant sur une réaction à type sympathicotonique, consécutive à l'injection d'une préparation thyroïdienne, il pense à la possibilité d'une altération de ce système, sous la dépendance de troubles endocriniens.

Il exclut, au contraire, toute déformation du poil, consécutive à une difformité congénitale du follicule pour expliquer la genèse de la torsion, puisque, en fait, les poils conservent un calibre tout à fait normal. De même, il estime qu'un léger aplatissement de la tige (poil ovale), de même qu'un certain degré de sécheresse ne sont pas des causes suffisantes pour provoquer la torsion.

Mais puisque la documentation anatomo et physio-pathologique est encore trop pauvre pour pouvoir aboutir à une interprétation exacte de l'étio-pathogénie de cette rare anomalie, il estime que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est encore préférable de considérer la torsion des poils comme une affection congénitale, et héréditaire à type dominant. Ce qui n'exclut aucunement l'influence de troubles endocriniens qui, plus ou moins directement (à travers des altérations du système sympathique), peuvent avoir une part dans la production de l'anomalie.

Belgodère.

Sur un cas de monilethrix, par Giovanni Benetazzo. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 3, avril 1934, p. 302, 3 fig. Bibliographie.

Une première partie de ce travail est consacrée à l'étude des caractères de cette altération pilaire, notions connues et classiques sur lesquelles il est inutile d'insister.

Puis l'auteur rapporte l'observation d'un cas personnel. Il s'agit d'une enfant de 16 mois, dont les cheveux étaient normaux à la naissance. Ce n'est que vers le 6e mois que se manifestèrent les altérations typiques, qui avaient été précédées d'un état de sécheresse particulier du cuir chevelu, et de l'apparition de petites élevures blanc grisâtre. Les lésions étaient limitées au cuir chevelu et au tiers externe des sourcils, les autres parties du système pileux étant indemnes. Sur le cuir chevelu, les altérations des poils étaient accentuées surtout à l'occiput et au vertex, plus atténuées sur les régions pariétales.

Les autres membres de la famille, très nombreux, 32 personnes, y compris les arrière-grands-parents, ne présentaient ni *monilethrix*, ni aucune autre altération capillaire.

Une biopsie montra les altérations habituelles, et notamment l'épaississement de la couche cornée, la déformation des orifices folliculaires

en entonnoir, l'obstruction de ces orifices par une accumulation de débris cornés. La gaine des follicules ne présentait pas de modifications remarquables d'épaisseur et apparaissait du même volume, aussi bien au niveau des gonflements du poil qu'au niveau des étranglements. Ces derniers étaient visibles dans l'intérieur même du follicule, de sorte que le premier gonflement était représenté par le bulbe lui-même.

En somme, il s'agissait d'un cas conforme aux descriptions classiques, mais avec cependant quelques particularités qui peuvent servir de base à une discussion étiologique, qui est le point le plus obscur de l'histoire de cette dermatose.

1° Début à 6 mois, de sorte que le trouble pilaire paraît bien être congénital ; on a bien cité des cas d'apparition tardive, mais il reste à savoir si, comme pour les nævi, il ne peut pas y avoir une période latente plus ou moins longue.

2° Cas unique dans la famille ; ces cas isolés ont été attribués par Touraine à l'hérédité mendélienne, mais cette opinion ne s'accorde guère avec ce cas unique sur une famille de 32 personnes. B. pense plutôt que, s'il y a hérédité, il s'agit plutôt d'hérédité récessive.

3° Uniformité d'épaisseur des gaines du follicule, ce qui va à l'encontre des théories mécaniques.

L'auteur pense plutôt que la dysplasie est due à un vice de conformation originaire du poil, à un trouble de la papille qui se répercuterait sur la couche germinative qui la tapisse.

Quant à la nature de ce vice de formation et à son influence rythmique qui seule peut expliquer les alternatives de gonflement et d'étranglement, elle nous échappe. Peut-être s'agit-il de dysfonction endocrinienne périodique. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Belgodere.

Au sujet de quelques cas de syphilis osseuse, par Gino Truzzi. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 3, avril 1934, p. 321, 4 fig. Bibliographie.

Quatre observations de syphilis osseuse : 1° femme de 33 ans, avec larges ulcérations et fistules de la jambe droite, considérée comme ostéomyélite chronique et envoyée à l'hôpital pour amputation ; 2° femme de 45 ans, atteinte d'une tuméfaction de la jambe gauche consécutive à un traumatisme violent, avec épaississement du tibia doublé de volume, envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de séquelles de fracture ; 3° homme de 36 ans, atteint d'une tuméfaction de l'extrémité interne de la clavicule gauche, traité depuis plusieurs mois pour tuberculose ; 4° femme de 20 ans, présentant depuis longtemps une tuméfaction de la bosse frontale gauche, sujette à des poussées inflammatoires périodiques avec œdème de la paupière.

Chez ces quatre malades, la réaction de Bordet-Wassermann était intensément positive. En outre, l'examen radiologique montrait une raréfaction du tissu osseux dans la partie centrale des lésions, une den-

sification au contraire dans les zones périphériques. Caractères faisant suspecter la syphilis, malgré l'absence d'anamnestiques précis. Le traitement vint confirmer cette hypothèse, car les quatre malades, soumis au traitement spécifique, guérirent rapidement et complètement.

Sur la base de ces quatre cas, l'auteur expose diverses considérations sur la syphilis osseuse.

Pour le premier cas, il fait remarquer qu'il est rare que les lésions tertiaires osseuses aboutissent à des ulcérations cutanées, mais dans le cas étudié, il y avait eu une incision cutanée intempestive qui a certainement favorisé cette évolution particulière.

Pour le second cas, le facteur traumatique a joué un rôle étiologique évident, mais il n'en est pas souvent ainsi ; ce qui est plus fréquent c'est l'influence du micro-traumatisme, des froissements répétés et inaperçus au même endroit. Dans ce cas, pendant que la malade était à l'hôpital, on vit se produire une seconde localisation claviculaire, ce qui est également peu fréquent, les localisations de la syphilis osseuse étant rarement multiples.

Pour le troisième cas, il convient de faire observer que les localisations tuberculeuses sont rares à la clavicule, mais ce qui est plus fréquent ce sont les localisations tuberculeuses de la première côte ou du sternum qui peuvent être une cause d'erreur de diagnostic.

Pour le quatrième cas, presque sûrement héréditaire, il était remarquable par l'absence complète de stigmates d'hérédo-syphilis.

L'auteur insiste sur les particularités cliniques qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, notamment avec la tuberculose, l'ostéomyélite, l'ostéosarcome.

Mais ce sont surtout les signes radiologiques, les signes sérologiques, les critères thérapeutiques qui sont les facteurs importants du diagnostic.

T. fait remarquer qu'il a pu relever ces quatre cas dans une courte période de temps, ce qui laisse supposer qu'ils sont plus fréquents qu'on ne l'imagine communément. Ces malades vont rarement s'adresser au syphiligraphe ; ce sont plutôt les médecins de médecine générale et les chirurgiens qui ont l'occasion de les rencontrer. Il importe donc qu'ils aient toujours présente à l'esprit l'idée de la syphilis, s'ils veulent éviter des erreurs de diagnostic parfois néfastes. BELGODERE.

Dermatite par rhus venenatum. Transport passif de l'hypersensibilité par la méthode de Praussnitz Küstner, par Luigi VERCELLINO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 3, avril 1934, p. 336, 1 fig. Bibliographie.

Courte revue des notions actuellement acquises au sujet des réactions cutanées occasionnées par le contact avec les plantes de la famille des Rutacées. On sait qu'il peut se produire des éruptions érysipélatoïdes, pustuleuses, et même bulleuses, accompagnées de prurit, de brûlures, siégeant surtout sur les parties découvertes. On a vu parfois la mort succéder à ces accidents, surtout quand ils se localisent sur les régions

génitales. Le principe actif est inconnu : glucoside ? alcaloïde volatil ? acide volatil ? D'après les recherches les plus récentes, il ne s'agirait point d'un principe volatil et les accidents ne pourraient donc pas être provoqués par des émanations, comme on l'avait cru précédemment ; il faut un contact, mais ce contact peut avoir été indirect et passer inaperçu. Le principe actif serait une substance spéciale, le *lobinol*, qui, introduite dans l'organisme, engendrerait des substances toxiques à travers le métabolisme cellulaire. Autrement dit, outre l'action toxique locale, directe, il y aurait une action toxique générale indirecte, une *sensibilisation*. Toutefois, les recherches qui ont été faites par divers auteurs, de transport de cette sensibilisation par la méthode de Praussnitz et Küstner, ont donné des résultats négatifs, de même que les recherches de déviation du complément.

L'auteur rapporte une observation personnelle : celle d'un chef jardinier de Jardin botanique qui s'était trouvé une première fois en contact avec des feuilles de *rhus venenatum*. Il en était résulté une éruption locale et sans gravité, eczématoïde, très prurigineuse, aux espaces interdigitaux. Quelques mois plus tard, un nouveau contact occasionne des accidents de même nature, mais beaucoup plus accentués et beaucoup plus étendus : avant-bras, cou, tête, etc... V. a voulu répéter les expériences tentées précédemment : injectant chez un sujet un mélange du sérum allergique du malade et d'un extrait aqueux à froid de feuilles de la plante incriminée, il a vu se produire au bout de 24 heures un pomphus accentué, qui a persisté plusieurs jours. Les témoins étaient négatifs. Le résultat fut également négatif avec un extrait obtenu par ébullition. Ce résultat positif de la méthode de Praussnitz et Küstner montre bien que les manifestations cutanées en cause étaient dues à une sensibilisation de l'organisme, due à un principe actif thermolabile. Il ne faut pas s'étonner des résultats négatifs obtenus par les expériences antérieures, étant donné que de minimes différences de technique peuvent, dans la méthode de Praussnitz-Küstner, aboutir à des résultats très différents.

BELGODERE.

L'ainhum au Fezzan, par ZAVATTARI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 3, avril 1934, p. 343, 1 fig Bibliographie.

Observation d'un cas typique d'Ainhum constaté dans le Fezzan (Lybie), chez un Nègre. Le cinquième doigt d'un des deux pieds n'était plus rattaché que par un mince pédicule et prêt à tomber. C'est le quatrième cas relevé en Lybie. Comme d'autre part, cette maladie a été signalée aussi en Égypte et au Maroc, on peut en conclure qu'elle se rencontre dans toute l'Afrique du Nord. Étiologie aussi obscure dans ce cas que dans ceux qui ont été signalés précédemment.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Cas certain de réinfection, par Saverio Costantino. *Il Dermosifilografo,* 9e année, n° 4, avril 1934, p. 185.

Observation d'un homme de 31 ans, qui fut atteint, en août 1928, d'un chancre du sillon, avec constatation de tréponèmes et réaction de Müller positive, diagnostic fait par le Pr Mibelli. Traitement intensif pendant trois ans (arsénobenzol, bismuth, calomel). En décembre 1933, soit cinq ans plus tard, à la suite d'un coït « contre nature » ? apparition dans le sillon, également, mais du côté opposé, d'une érosion à base indurée, mais sans retentissement ganglionnaire, et les examens sérologiques et bactériologiques sont négatifs, plusieurs fois répétés, même par le Pr Flarer, Directeur de la Clinique.

Cependant, on vit apparaître chez le sujet, tenu en observation, des papules ayant nettement des caractères spécifiques, au front, aux lèvres, aux bras, au thorax, et par la suite une roséole généralisée très nette. En outre, à la suite de cette éruption, les réactions sérologiques devinrent positives ; l'examen biopsique révéla la présence de tréponèmes dans le tissu du syphilome.

L'auteur pense que ce cas doit être considéré comme un cas typique de réinfection syphilitique. Il rappelle les discussions que cette question de la réinfection a soulevées, les conditions exigées pour l'homologation des cas de réinfection et montre que, chez le sujet observé, ces conditions se trouvent réunies.

Cependant, dans cette nouvelle infection, il y a quelques caractères atypiques :

1° Longue durée de la seconde incubation : 70 jours.

2° Début de l'éruption par des éléments papuleux répartis différemment de ce qu'il est habituel d'observer dans les cas typiques et précédant les éléments érythémateux.

3° Positivité tardive des réactions sérologiques.

4° Absence de retentissement ganglionnaire.

L'auteur discute ces particularités et conclut que la condition exigée : que la nouvelle syphilis de réinfection reproduise l'évolution classique ne lui paraît pas devoir être considérée comme une condition *sine quâ non,* attendu qu'une première syphilis, même guérie, laisse tout de même des traces dans l'organisme du fait des réactions immunitaires, de sorte qu'une nouvelle infection pourrait fort bien avoir une physionomiie différente de celle qu'on observe quand l'infection évolue sur un terrain vierge. Belgodere.

Sur l'épithelioma pagétoïde de Darier, par Francesco Sebastiani. *Il Dermosifilografo,* 9e année, n° 4, avril 1934, p. 193, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle les discussions auxquelles a donné lieu ce type spécial de lésions cutanées, pour lequel Martinotti a encore proposé le

nom d' « épithéliomes superficiels polymorphes de la peau » et Arning celui de « carcinoïdes multiples de la peau ». C'est-à-dire, une variété d'épithéliomas baso-cellulaires à évolution extrêmement lente et bénigne débutant par de petits éléments arrondis, semblables à ceux du lichen plan, mais de coloration jaune. Ils ne sont presque jamais spinocellulaires, toujours des basaliomes, et quand ils forment des tumeurs malignes, ce qui est rare, ils ne donnent jamais lieu à des métastases.

Après une courte revue générale des travaux antérieurement publiés, S. rapporte un cas personnel :

Celui d'un homme de 70 ans, nommé Jules César, qui présentait dans la région sus-claviculaire droite une plaque ovoïde grande comme une pièce de 5 francs, de couleur rouge brunâtre, limitée par un rebord plus ou moins saillant, brun foncé. Ce bord semblait constitué par de petites papulettes accolées de la dimension d'une tête d'épingle.

L'examen histologique révéla sur certains points, une atrophie de papilles du derme, telle que la ligne de démarcation avec l'épiderme était rectiligne. Cet épiderme, sur certains points, présentait des épaississements, formant des sortes de boutons qui s'enfonçaient dans le derme. Mais les cellules qui constituaient ces boutons offraient les caractères habituels des cellules malpighiennes, sans aucune différenciation. Dans la couche de Malpighi, on trouvait bien quelques cellules atteintes de pycnose, et quelques monstruosités nucléaires, mais rien qui puisse rappeler les altérations de la maladie de Bowen.

S. estime que ce cas mérite bien d'être considéré comme un de ceux qui ont été décrits par Darier comme épithélioma pagétoïde, et il discute ce diagnostic. Il estime que, dès le début, ces lésions ont un caractère néoplasique, mais qu'elles diffèrent nettement des autres épithéliomas superficiels de la peau par leur évolution et leurs caractères histologiques. BELGODERE.

Sur un cas rare de lupus érythémateux verruqueux, par Gori SAVELLINI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 4, avril 1934, p. 201, 3 fig. Bibliographie.

Observation d'un homme de 44 ans, qui présentait des lésions disséminées sur divers points de la surface cutanée, notamment à l'avant-bras gauche, au dos de la main gauche, à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, à la première phalange de l'index droit, sur le dos du nez. Certaines de ces lésions présentaient une teinte rougeâtre avec légère infiltration fibreuse, parfois un certain degré d'atrophie centrale. Mais surtout, le caractère le plus intéressant était la présence, sur une partie plus ou moins étendue de ces plaques, et notamment à leur périphérie, de formations hyperkératosiques de couleur jaune sale, hautes de plusieurs millimètres, crevassées de sillons qui leur donnaient un aspect verruqueux. En détachant ces formations hyperkératosiques on apercevait, à leur face profonde, des éperons cornés qui provenaient évidemment de l'hyperkératose des follicules pilaires.

Examen histologique : hyperkératose de la couche cornée, acanthose de la couche malpighienne, infiltration de la couche papillaire et sous-papillaire du derme, manchons d'infiltration péri-vasculaire et péri-glandulaire, autour des glandes sudoripares, car il y avait absence complète de glandes sébacées. Au voisinage des lésions, la couche granuleuse présentait des modifications quantitatives (5 à 6 couches de cellules au lieu de 2 ou 3) et qualitatives : aspect globuleux et nombreuses granulations. Follicules pilaires énormément dilatés par une masse cornée homogène.

S. discute le diagnostic, élimine la tuberculose verruqueuse, le lichen *ruber* verruqueux, le psoriasis folliculaire, la maladie de Kyrle. Il conclut au lupus érythémateux verruqueux, forme rare, mais bien connue.

On attribue, en général, cet aspect particulier à une constitution spéciale de la peau, à une prédisposition cutanée, ou encore à l'influence de facteurs spéciaux externes, surtout le froid.

A propos de ce cas, l'auteur rappelle les discussions sur la pathogénie du lupus érythémateux, sur les relations de cette dermatose avec la tuberculose. Dans le cas étudié, le malade était tuberculeux pulmonaire.

BELGODERE.

Sur un cas de condylomes acuminés à caractère infiltratif, par Italo LEVI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 4, avril 1934, p. 210, 5 fig. Bibliographie.

Il peut arriver que les condylomes acuminés, les végétations banales se développent au point de perforer la peau du prépuce et que, d'autre part, le processus néoplasique envahisse également les tissus sur lesquels les végétations sont implantées, de sorte que cette base d'implantation perd sa mobilité habituelle. Il résulte de cette évolution exceptionnelle un aspect clinique qui peut en imposer pour un cancer et conduire à une amputation de la verge. Et il est arrivé plusieurs fois que l'on ait ainsi amputé le pénis dans des cas semblables et que l'étude histologique seule ait révélé, mais trop tard, l'inutilité de cette grave mutilation. Ce sont donc des cas d'une grande importance pratique, car, s'ils nécessitent bien un traitement chirurgical énergique, il n'est pas besoin cependant d'une intervention aussi radicale que l'amputation.

Ces cas ne sont pas d'ailleurs inconnus, ils sont même connus depuis longtemps, mais ils sont parfois oubliés.

Cette évolution particulière s'observe surtout chez les sujets atteints de phimosis congénital ou acquis et qui ont laissé par incurie leurs végétations prendre un développement anormal.

L. rapporte un cas où pareille évolution fut constatée, chez un homme de 45 ans, qui laissa se développer des végétations du gland, sans s'en soucier, pendant trois ans. Balanite, phimosis, perforation de la peau au milieu de la verge ; seconde perforation sur le côté gauche vers la base de la verge ; masses indurées adhérentes aux corps caverneux. En somme, aspect qui permettait fortement de penser que l'on se trouvait

en présence d'un cancer. Ablation des masses néoplasiques sous anesthésie locale. Pas de récidive.

Examen histologique très favorable : acanthose considérable, mais aucune anomalie dans la disposition des couches de la peau.

L. discute la pathogénie de ces cas anormaux. Certains l'attribuent à l'intervention de la flore bactérienne, qui envahirait les réseaux lymphatiques de la peau, mais l'absence de phénomènes généraux et de réaction ganglionnaire rend cette explication discutable.

L. pense plutôt qu'il faut faire intervenir le rôle d'infiltrats cellulaires importants qui se forment dans le derme conjonctif et qui prépareraient le terrain à la pénétration épithéliale. Belgodere.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Cutis hyperelastica (Cutis hyperelastica), par T. Funabashi. *Acta Dermatologica,* vol. XXII, fasc. 3-4, p. 104, 2 fig.

F. rappelle que cette affection, décrite pour la première fois en 1736 par Turner, a fait depuis l'objet de nombreux travaux. Aux observations publiées, il ajoute celle d'une enfant de 9 ans dont le lobule de l'oreille gauche seul était atteint ; la mère de la malade présentait aussi une élasticité anormale des lobules. Histologiquement, on ne trouve d'habitude aucune altération du tissu élastique ; rarement s'observe une dégénérescence gélatiniforme (Unna) ou myxomatoïde (Du Mesnil) du collagène, avec hypertrophie des peauciers. L'étiologie de cette affection est inconnue ; l'hérédité est souvent signalée.

L. Chatellier.

Un cas de pellagroïde (Ein Fale von Pellagroid), par N. Shono. *Acta Dermatologica,* vol. XXIII, n° 3-4, p. 110, 1 fig.

Chez une jeune Coréenne de 26 ans, depuis 3 mois s'est développé un érythème étendu de la face dorsale des deux mains, avec desquamation, pigmentation, infiltration et atrophie ; sur la face dorsale des pieds, mêmes lésions beaucoup moins intenses ; la muqueuse buccale est légèrement rouge. On constate, en outre, de l'amaigrissement, de l'anémie, du tremblement des extrémités, des douleurs abdominales et de la constipation. Le traitement par la vitamine B (*per os* et en injections) et par les fruits amène une prompte amélioration.

L. Chatellier.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Sur le lichen nitidus, par B. Raszkes (Varsovie). *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 375, 13 fig.

Bibliographie et description clinique du *lichen nitidus* avec deux observations personnelles de l'auteur. Dans un cas les lésions, siégeant

aux mains et aux poignets, présentèrent l'aspect clinique typique du *lichen nitidus* et l'examen histologique confirma ce diagnostic. Le même malade fut atteint d'un lichen plan typique des jambes.

Les lésions que présenta le second malade furent cliniquement identiques à celles des mains du premier sujet, mais l'histologie montra un lichen plan. L'auteur discute le diagnostic différentiel entre le lichen plan et le *lichen nitidus*, il considère ces deux maladies comme très voisines. Pour expliquer la structure tuberculoïde, si souvent signalée dans le *lichen nitidus*, l'auteur se demande si le terrain tuberculeux ne jouerait pas un rôle dans la structure de l'infiltration spécifique du lichen plan, en la transformant en un *lichen nitidus*.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux (Zur Frage der tuberkuloesen Aetiologie des Erythema nodosum), par Per. L. Rotnes (Oslo). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 394.

L'auteur apporte les observations de cas d'érythème noueux survenus chez quatre sœurs habitant ensemble (deux adultes et deux enfants), atteintes en l'espace de cinq semaines d'un érythème noueux typique. Chez tous ces sujets, la peau montre une *forte hypersensibilité vis-à-vis de la tuberculine* ; chez les deux enfants, on constate à la radiographie des lésions pulmonaires très probablement récentes, tandis que la radiographie est négative chez les adultes. Une sœur adulte et une fillette présentèrent avant l'éruption une réaction de Pirquet négative et pas de lésions pulmonaires (radiographie). Aucun des sujets ne fut atteint de maux de gorge, ni de douleurs rhumatismales. Très peu de temps avant le début de l'éruption, le mari d'une des sœurs, atteint de tuberculose, s'installa dans leur appartement, contamina encore trois enfants et mourut quelques mois après.

L'érythème noueux présenta chez toutes ces malades le même aspect et ne se distingua en rien (localisation aux jambes, évolution de la maladie) de l'érythème noueux idiopathique. Mais l'infection tuberculeuse fut une condition *sine quâ non* de son apparition. Ces observations confirment l'opinion que, ce que l'on appelle couramment l'érythème noueux, peut se développer sur un terrain tuberculeux même chez l'adulte.

Olga Eliascheff.

Sur l'étiologie de la pelade, par J. Cherenlender (Varsovie). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 404, 6 fig.

Observation d'un cas de pelade avec examen histologique et discussion sur l'étiologie de cette maladie. Dans ce cas, l'auteur constata dans l'étiologie presque tous les facteurs relevés dans la bibliographie à ce sujet : 1° choc psychique et céphalées précédant l'apparition de la pelade ; 2° une labilité du système végétatif, une dentition défectueuse et des troubles des fonctions digestives, toutes ces lésions pourraient plaider en faveur d'une dystrophie dans le sens de Jaquet.

La théorie parasito-infectieuse serait aussi plausible dans ce cas : maladies antérieures, apparition de l'affection chez 5 compagnons travaillant dans la même usine. L'influence des glandes à sécrétion interne est démontrée dans ce cas par des troubles pigmentaires (repousse de cheveux blancs, vitiligo) et par l'affaiblissement de la puissance sexuelle. On pourrait considérer l'enchevêtrement de ces facteurs étiologiques comme un syndrome agissant sur les différents systèmes par la diminution ou l'augmentation de leurs fonctions.

L'examen histologique montra dans la peau du cuir chevelu des traces de pigment et l'auteur considère cette présence de pigment comme favorable pour le pronostic. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à la conception de « l'eczéma séborrheïque » et de la diathèse parakératosique (Zum Begriff des « Seborrhoischen Ekzems » und der parakeratotischen Diathese), par Heinrich REISS (Kracovie). *Acta-Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 424.

Discussion sur la pathogénie des symptômes « parakératosiques ». L'auteur considère que ces symptômes font partie d'une diathèse générale, en relation avec une modification du chimisme de l'organisme à la suite de troubles des systèmes endocrinien et végétatif.

OLGA ELIASCHEFF.

Télangectasies hémorrhagiques héréditaires (Teleangectasia haemorrhagica hereditaria), par F. FOELDVARI (Budapest). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 427, 4 fig.

Bibliographie de 36 cas publiés de la maladie d'Osler intéressant 207 sujets et observation d'un cas personnel dans la même famille où le père, le fils, un oncle, le frère, la sœur et deux enfants de celle-ci furent atteints de cette maladie. Il résulte des recherches de l'auteur qu'il n'existe aucune régularité dans l'hérédité. On rencontre la maladie d'Osler tantôt chez plusieurs membres de la même famille, tantôt chez deux ou trois membres seulement. Il recommande l'examen des groupes sanguins : dans la famille examinée par F., deux sujets présentant les sympômes d'Osler appartenaient au groupe A.

OLGA ELIASCHEFF.

Lichen plan vésiculeux et bulleux (Vesicular and bullous lichen planus), par M. I. STRAUSS (New-Haven). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 447, 3 fig.

L'auteur apporte trois observations personnelles et 78 cas recueillis dans la littérature de lichen plan bulleux, affection relativement rare. On l'observe entre 20 et 49 ans, mais aussi en très bas âge (5 ans), plus souvent chez la femme. Les bulles sont de formes variables : allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un œuf, isolées ou multiples (100 dans un cas). Le lichen bulleux peut siéger sur le tégument entier et sur les muqueuses ; il existe tantôt une éosinophilie, tantôt le phénomène de Nikolsky. Les vésicules sont ordinairement sous-épidermi-

ques, rarement intra-épidermiques. La formation de bulles et de vésicules est probablement due à un excès d'œdème qui élargit les lacunes microscopiques que l'on rencontre dans le lichen plan typique.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la pseudoréinfection dans la syphilis, par N. A. TSCHERNOGOUBOFF (Moscou). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 453, 1 fig.

Observation d'un cas de pseudo-réinfection considérée comme telle par la présence de restes bien nets d'un ancien chancre syphilitique et par l'intervalle trop long entre le dernier rapport sexuel et le moment du développement du second chancre (plus de 4 mois). Ce dernier fait exclut aussi la superinfection. Discussion sur les réinfections et pseudo-réinfections.

OLGA ELIASCHEFF.

Le traitement du pemphigus vulgaire et du pemphigus chronique récidivant (Maladie de Duhring) avec le Germanin (Bayer 205) (Die Behandlung von Pemphigus vulgaris und Pemphigus chronicus recidivans (Morbus Duhring) mit Germanin (Bayer 205)), par I. I. ZOON (Utrecht). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, décembre 1933, p. 473, 3 fig.

L'auteur apporte les bons résultats obtenus par le « Germanin » dans un cas de pemphigus vulgaire et dans 6 cas de pemphigus chronique récidivant. Le médicament qui, d'après l'auteur, est bien supporté, ne doit être administré qu'à l'hôpital, car les malades présentent de la fièvre, des érythèmes toxiques, de l'albuminurie (lésions rénales, cylindres) des maux de tête et des nausées.

OLGA ELIASCHEFF.

La lèpre en Autriche (Der Aussatz in Oesterreich), par W. FROHN (Bonn). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 1, mars 1934, p. 1, 17 fig.

Historique sur la lèpre en Autriche où elle a été répandue plus de mille années. C'est au XIIIe siècle qu'elle fut le plus intense ; toute une série de léproseries, sous forme de petites propriétés situées aux portes des villes, se trouvaient dans tout le pays. Grâce à l'isolement des lépreux, la maladie fut éteinte au début du XVIIIe siècle. Il existe encore de nos jours en Autriche toute une série de chapelles et de maisons pour lépreux.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatose des ouvriers travaillant dans les usines de soie (Silk handler's disease of the skin), par Herman GOODMAN (New-York). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 1, mars 1934, p. 25, 9 fig.

Description d'une dermite artificielle des mains due à la soie brute. D'après les tests, l'auteur conclut que cette dermite survint chez des sujets prédisposés « battant » la soie brute avec une solution de crésol impur. Il conseille de faire recouvrir les mains des ouvriers avec de la graisse et d'utiliser une solution de crésol moins forte.

OLGA ELIASCHEFF.

Le complexe symptomatique angioneurotique au cours du traitement par les arsénobenzènes (Der angioneurotische Symptomencomplex waerend der Arsenobenzolbehandlung), par H. Chr. Gjessing (Oslo). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 1, mars 1934, p. 59.

Observations de six cas de crises angioneurotiques survenues à la suite d'injections de néosalvarsan. On distingue : 1° la crise nitritoïde rouge ; la crise nitritoïde blanche ; et 3° des formes de passage. Dans le premier cas, la crise se déclencha après la 6e injection (0 gr. 60) de néosalvarsan, le sujet ayant reçu déjà auparavant une injection de 0 gr. 75 qu'il avait bien supportée.

Le second malade supporta très bien 14 injections de néosalvarsan et une de silbersalvarsan (0,30), la seconde provoqua la crise.

Dans les autres cas, la crise survint après la 8e et la 4e injection après trois séries d'injections ; dans un cas, chez un syphilitique héréditaire traité par le néosalvarsan et le silbersalvarsan pendant plusieurs années. Plusieurs de ces malades présentèrent déjà dès le début du traitement une certaine intolérance vis-à-vis des arsénobenzènes (malaises, fièvre). *Exitus letalis* dans un cas : à l'autopsie, on constata une atrophie du foie (insuffisance hépatique avant le traitement), une néphrite hémorragique (le malade ayant eu une angine streptococcique, l'auteur admet que l'arsénobenzol avait joué le rôle d'un agent provocateur sur l'infection et que la néphrite fut de nature infectieuse). Dans plusieurs de ces cas, on constata *in vivo* une augmentation de la teneur du sang en bilirubine. Olga Eliascheff.

Imbibition lipoïdique du tissu élastique dégénéré (Imbibitio lipoidica telæ elasticæ degeneratæ), par Erich Urbach (Vienne). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 1, mars 1934, p. 69, 3 fig.

L'auteur apporte l'examen histologique de la peau des vieillards et de celle modifiée par la lumière et exposée aux intempéries. Il existe une modification du tissu élastique du derme reconnaissable cliniquement à la teinte jaunâtre de la peau atteinte. Ce tissu élastique modifié se colore (microscopiquement) en rouge-brun par le Soudan III, coloration produite par une imbibition lipoïdique. L'auteur, se basant sur les conceptions anatomo-pathologiques actuelles, rejette l'opinion d'une dégénérescence lipoïde du tissu élastique admise jusqu'à présent. U. propose pour cette modification la dénomination *Imbibitio lipoidica telæ elasticæ degeneratæ*. Olga Eliascheff.

La syphiloïde papuleuse post-impétigineuse, par S. A. Glaubersohn (Kiev). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 1, mars 1934, p. 77, 1 fig.

Observation d'un cas de syphiloïde papuleuse post-impétigineuse (de Sevestre-Jaquet) survenue chez un sujet âgé de 17 ans, au scrotum, après une gale et une éruption impétigineuse. L'éruption avait l'aspect des papules syphilitiques. Le résultat des examens clinique et sérologique, la disparition spontanée et rapide des papules sans aucun traite-

ment et la transformation très rapide des éléments impétigineux en papules syphiloïdes révélèrent la vraie nature des lésions. La syphiloïde papuleuse post-impétigineuse est très rare et n'a pas été décrite.

OLGA ELIASCHEFF.

Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare (Varsovie).

Un cas de radiodermite chronique guérie par les rayons ultra-violets, par BRUNER. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare* (de Varsovie), t. II, fasc. 2, p. 92.

Dans un cas de radiodermite chronique, apparue six ans après le traitement radiothérapique d'un lupus vulgaire, B. a obtenu la cicatrisation par la méthode d'Arzt et Fuhs : application générale de rayons ultra-violets en protégeant les lésions. S. FERNET.

L'eczéma du nickel, par HIRSZBERG. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 2, p. 96.

Éruption eczématiforme des mains et de la face observée chez des ouvriers qui plongeaient leurs bras dans des cuves électrolytiques au cours du nickelage de pièces métalliques.

Les épidermo-réactions au sulfate de nickel étaient négatives, les intradermo-réactions positives. S. FERNET.

Un cas d'herpès vulvo-périnéal, par BERNHARDT. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Sanit-Lazare,* t. II, fasc. 2, p. 142.

Dans un cas d'herpès vulvo-périnéal typique, B. a constaté la présence du *Bacillus crassus* sur les frottis et du staphylocoque blanc dans les cultures ; l'intradermo-réaction au Dmelcos était positive. B. met en garde contre les erreurs de diagnostic qui peuvent résulter d'une fausse interprétation des faits : ni la présence du *B. crassus,* ni l'intradermo-réaction au Dmelcos n'ont de valeur absolue. Dans un autre cas d'herpès vulvaire, on trouvait le *B. crassus* dans la sérosité même des vésicules. S. FERNET.

Deux cas de vaccine de la vulve, par DABROWSKI. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 2, p. 153.

Vaccine de la vulve chez une femme ayant tenu dans ses bras un nourrisson récemment vacciné et chez sa fille qui partageait le même lit.

S. FERNET.

Un cas d'épithélioma chez un homme de 18 ans, par MICHALOWSKI et BERNHARDT. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 2, p. 174.

Épithélioma de l'aile du nez chez un homme de 18 ans et récidive après curettage et radiothérapie. B. pense que les échecs de ce genre sont dus à l'insuffisance des grattages et conseille de les compléter par une cautérisation avec une substance chimique avant de procéder à la radiothérapie. S. FERNET.

Lupus érythémateux avec cicatrices chéloïdiennes, par Kwazebart et Bruner. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare*, t. II, fasc. 2, p. 182.

L'intérêt de ce cas de lupus érythémateux est dans la présence, au voisinage des lésions en activité, de cicatrices chéloïdiennes consécutives à des curettages faits par suite d'une erreur de diagnostic, le cas ayant été considéré antérieurement comme un lupus vulgaire. Un traitement finsenthérapique fit disparaître complètement les cicatrices chéloïdiennes. B. se propose d'étudier dorénavant l'action de la finsenthérapie sur les chéloïdes et les cicatrices chéloïdiennes.

S. Fernet.

Le traitement du psoriasis par la décoction de Zittmann, par Olszewska. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 2, p. 210.

A propos de deux observations d'enfants atteints de psoriasis et traités par l'ancienne « décoction de Zittmann » (salsepareille, séné, mercure, cinabre, etc., Kwazebart expose son opinion étayée sur un grand nombre de cas : l'ingestion de la décoction de Zittmann fait blanchir en 40 à 60 jours la majorité des psoriasis jeunes. Dans les psoriasis invétérés, on n'obtient que des résultats partiels qu'il faut compléter par des traitements locaux ; ceux-ci paraissent alors agir très rapidement. Mais on a également quelquefois des mécomptes : poussée en cours de traitement ou récidive rapide. Il semble que dans la majorité des cas la décoction de Zittmann constitue une médication adjuvante qui favorise l'action du traitement local. S. Fernet.

Cinq cas de diphtérie primitive de la vulve, par Michalowski. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare*, t. II, fasc. 2, p. 212.

En dehors de toute épidémie, M. a observé en un an cinq cas de diphtérie vulvaire chez des fillettes de 5 à 8 ans. Il s'agissait de localisations primitives sauf dans un cas où le pharynx fut atteint secondairement. Le diagnostic n'ayant été fait que tardivement, il y eut deux morts malgré la sérothérapie.

M. précise les symptômes de la diphtérie vulvaire : œdème uni- ou bilatéral des lèvres avec rougeur prononcée, présence d'érosions ou d'ulcérations souvent recouvertes d'un enduit grisâtre, quelquefois sphacéliques, adénopathie inguinale non douloureuse, fièvre élevée et chute de la température après sérothérapie, atteinte profonde de l'état général.

Straszynski ayant signalé la présence assez fréquente du bacille de Löffler à l'état de saprophyte dans le vagin infantile, M. se demande si ces bacilles ne peuvent acquérir de la virulence en présence du gonocoque qu'il a trouvé dans trois cas sur les cinq décrits.

S. Fernet.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Contribution à l'étude de la spirochétose spontanée des lapins, par E. M. Lévine. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii* n° 7, 1933, pp. 538-542.

L'auteur a étudié l'influence de la spirochétose spontanée du lapin sur la gestation, la parturition et la descendance. L'étude a porté sur 52 animaux, dont 12 mâles et 40 femelles. La dissémination du processus n'a été observée que dans 4 cas, la localisation des éruptions spirochétiennes siégeait aux paupières (2 cas) et autour du nez (2 cas). Ces 4 cas sont rapportés par l'auteur à l'auto-superinfection. Il y eut aussi d'autres localisations cliniquement analogues à la spirochétose, mais où les recherches ultra-muicroscopiques donnaient des résultats négatifs. L'adénopathie n'a été constatée que dans 3 cas, aux aînes, chez des lapins ayant des lésions spirochétiennes ano-génitales peu prononcées.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke faites chez les animaux malades ont montré que le Bordet-Wassermann était positif dans 19 cas (37 o/o) et le Meinicke dans 10 cas (19 o/o). Sur 52 lapins indemnes de spirochétose, le Bordet-Wassermann était positif dans 35 o/o et le Meinicke dans 21 o/o, ce qui prouve que ces réactions sont loin d'être spécifiques dans la spirochétose spontanée des lapins, d'autant plus que les lésions peu intenses fournissent un Bordet-Wassermann très positif et *vice versa*.

Le traitement a consisté en injections de novosalvarsan, à la dose de 0 gr. 02-0 gr. 05 par kilogramme de poids, selon l'intensité des manifestations. Ces doses ont été bien supportées et ont donné des effets très favorables. La spirochétose des femelles spirochétiennes (11 cas) n'a entraîné aucun cas d'avortement, la proportion en étant la même que pour les femelles saines. Les expériences sur l'infection des petits provenant des femelles malades et saines prouvent qu'il n'y a pas de transmission intra-utérine de l'affection. L'infection se fait après la naissance.

Bermann.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES BROMIDES VÉGÉTANTES

par MM.

Louis SPILLMANN et Jules WATRIN

Professeur de Clinique Dermatologique — Professeur

Faculté de Médecine de Nancy.

Les manifestations cutanées d'origine médicamenteuse sont très fréquentes et le plus souvent très banales d'aspect, à tel point qu'il est difficile d'en présumer l'origine ; il en est cependant qui revêtent un cachet spécial et nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un cas très démonstratif d'éruption cutanée due à un composé du brome dont l'observation nous a paru intéressante à rapporter à plus d'un point de vue.

En décembre 1933, une jeune femme présente à la consultation de la Clinique A. Fournier son enfant, une fillette âgée de 6 mois qui est atteinte, depuis 3 mois, de tumeurs cutanées de dimensions variables mais d'aspect identique : la plus grosse est ovalaire, mesure 6 centimètres de longueur et 4 centimètres de largeur et siège sur la joue droite ; les autres, d'aspect nummulaire, sont réparties sur l'autre joue, sur les bras, les fesses et les jambes. Elles sont toutes nettement délimitées vis-à-vis de la peau saine qu'elles surplombent à pic et dont elles sont séparées par un bourrelet inflammatoire de teinte rouge vif, alors qu'elles présentent dans leur ensemble une teinte rouge foncé : elles sont recouvertes de croûtes brunâtres, molles au toucher, ou de saillies papillomateuses donnant à la palpation une sensation de mollesse très particulière très justement comparée à celle du velours mouillé : elles sont sèches, ne sécrètent ni pus, ni sérosité et ne dégagent aucune odeur. Elles ne sont pas sensibles à la pression et ne sont pas douloureuses spontanément. L'enfant ne semble nullement gêné par leur présence ; sa mère la nourrit exclusivement au sein sans aucune difficulté ; sa courbe de poids progresse normalement ; ses nuits sont bonnes ; son teint n'accuse aucune anémie ; son état général paraît excellent ; les muqueuses sont indemnes.

En interrogeant la mère, nous apprenons que celle-ci souffre depuis

son enfance de crises comitiales contre lesquelles elle utilisa longuement le gardénal. S'étant ensuite fiée à une réclame parue dans un journal, elle chercha, dans un médicament nouveau dont elle ignorait la composition chimique, une efficacité plus grande et elle absorba chaque jour, pendant 6 mois, 4 comprimés d'une poudre « anti-épileptique ». Une analyse très simple permit de constater la composition presque



Fig. 1. — Bromides végétantes chez un nourrisson dont la mère était traitée par une préparation bromurée.

exclusivement bromurée de ces comprimés et des recherches analytiques identifièrent la présence du brome dans les urines et dans le lait de la mère. Quelques centimètres cubes de lait furent placés dans une capsule, évaporés à sec et calcinés jusqu'à obtention d'une poudre blanche. Le résidu fut repris par 2 centimètres cubes d'eau distillée : le tout fut porté à ébullition. Quelques gouttes de cette solution furent placées

dans un tube à essai et additionnées de 2 centimètres cubes de sulfure de carbone. De l'eau de chlore fut ajoutée goutte à goutte et, en agitant le tube, on obtint une teinte jaune prononcée, le brome déplacé par le chlore passant en solution dans le sulfure de carbone.

L'examen histologique d'un élément éruptif prélevé par biopsie nous permit de constater les lésions habituelles des bromides végétantes ;



Fig. 2. — Biopsie d'un élément tubéreux à la jambe Fixation : liquide de Bouin Grossissement 75 D. Microphoto Dr Florentin.
L'épiderme est parakératosique et fortement hyperacanthosique. Nids leucocytaires dans le corps muqueux. Congestion du corps papillaire. Nids leucocytaires et infiltration du chorion.

celles-ci intéressent à la fois les deux étages de la peau (Voir fig. 2 et 3) et sont avant tout d'ordre inflammatoire.

L'épiderme est œdémateux ; les cellules sont gonflées ; les espaces intercellulaires sont élargis, sans qu'il y ait cependant une spongiose véritable ; il est infiltré de nombreuses cellules migratrices. Les deux modifications les plus caractéristiques sont l'acanthose et la présence d'abcès intra-épidermiques : les bourgeons interpapillaires sont très

allongés, composés de cellules épineuses, claires, étirées perpendiculairement à la surface de l'épiderme, présentant de fréquentes mitoses ; certaines d'entre elles sont plus volumineuses : 2 et 3 noyaux, à tel point qu'un examen superficiel pourrait faire songer à un épithélioma spino-cellulaire, mais nulle part la basale n'est rompue et il n'y a pas de globes cornés épidermiques. La couche cornée est épaissie elle aussi,

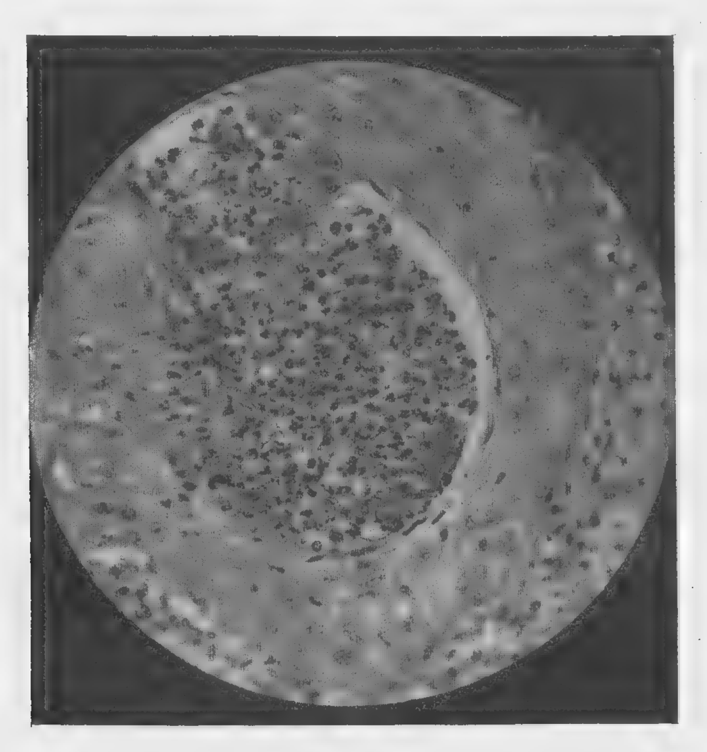


Fig. 3 — Même image qu'à la figure 2. Grossissement 350 D.
Microphoto du Dr Florentin.
Un abcès à polynucléaires inclus dans le corps muqueux de Malpighi. Il n'y a ni éosinophiles ni micro-organismes.

mais irrégulièrement et par endroits seulement ; la couche granuleuse fait défaut et l'épiderme est parakératosique ; de même le pigment mélanique fait défaut dans la couche basale.

Au sein du corps muqueux hypertrophié se trouvent des cavités très régulières, de dimensions variables, qui résultent de l'élargissement des espaces intercellulaires et aussi de la fonte des cellules malpighiennes : au centre de la tumeur, ces cavités sont profondément situées, au con-

tact du derme ; au niveau de la périphérie du bourrelet inflammatoire qui sépare la tumeur de la peau saine, ces cavités sont très superficielles et soulèvent la couche cornée très amincie à ce niveau comme s'il s'agissait d'une bulle de pemphigus. Quoi qu'il en soit de leur situation, ces cavités sont remplies d'éléments cellulaires libres, composés en grande partie de leucocytes polynucléaires neutrophiles, mais aussi de cellules rondes et de plasmocytes ; les éosinophiles font défaut. De même, des examens répétés et des colorations variées ne nous ont pas permis d'identifier dans ces cavités intra-épidermiques le moindre germe pathogène : nous n'avons trouvé ni streptocoques, ni staphylocoques, sur aucun point de la préparation et nous pouvons affirmer que ces nids leucocytaires sont stériles. Les papilles dermiques et le chorion sont, eux aussi, le siège d'une inflammation intense. Les capillaires sanguins sont dilatés, leurs parois endothéliales infiltrées et augmentées de volume ; il n'y a pas d'abcès volumineux comme dans l'épiderme mais il y a de nombreux nids polynucléaires disséminés dans tous les étages du derme.

Les images histologiques que nous venons de décrire ne sont pas spécifiques des bromides végétantes : on les observe également dans le pemphigus végétant, dans les syphilides végétantes, dans les dermites syphiloïdes végétantes, pour ne citer que les dermatoses végétantes les plus fréquemment observées et, si nous n'avions pas interrogé la mère de notre petite malade, il nous aurait été difficile de rejeter le diagnostic de pemphigus végétant bénin tant la ressemblance clinique et histologique avec les bromides végétantes est frappante. Il y a toutefois dans le pemphigus végétant une éosinophilie tissulaire que nous n'avons pas observée dans notre cas. Nous ne nous sommes pas arrêtés au diagnostic de syphilides végétantes car un traitement d'épreuve institué avant l'arrivée de l'enfant au dispensaire n'avait donné aucun résultat. D'autre part rien dans les anamnestiques ne nous permettait de songer à une infection spécifique d'origine maternelle.

L'enfant étant nourri exclusivement par sa mère, il était tout à fait logique de supposer que, par un mécanisme pathogénique très simple, c'était le bromure contenu dans le lait maternel qui avait provoqué l'explosion des tumeurs chez le nourrisson. On sait, en effet, que le brome est susceptible de provoquer, en dehors des poussées banales d'acné bromique analogue à l'acné iodique, une éruption plus rare mais pathognomonique connue sous le nom de

bromide papulo-tuberculeuse végétante ou *bromoderma tuberosum* et c'est bien cette variété d'accidents que présentait notre petite malade.

La pathogénie de ces bromides n'est que difficilement établie comme du reste celle de toutes les toxidermies en général; certains auteurs ont admis autrefois que les éruptions médicamenteuses pouvaient résulter d'une élimination ou d'un effort éliminatoire du médicament par la peau ; les efflorescences cutanées contiendraient une plus grande quantité de métalloïde que la peau saine. Le fait a été démontré pour certains halogènes, tels que l'iode par Adam Kiewicz et le brome par Gutmann et Pasini, mais ces affirmations ont été infirmées par d'autres auteurs. Pasini, lui-même suppose que le brome, au niveau des éléments éruptifs, n'est pas libre mais combiné à une protéine. Bruno Bloch est du même avis. Ce dernier auteur a réussi, chez une malade qui a succombé à une intoxication par le brome, à reproduire, au niveau de territoires cutanés sains soumis à des scarifications, des lésions identiques à celles qui étaient apparues spontanément chez la malade, prouvant ainsi que le brome combiné circulant dans le sang pouvait déterminer une éruption sur des points cutanés préalablement irrités et il compare cet effet du traumatisme à celui qui a été signalé par Köbner pour le psoriasis, par Kreibich et Fischer pour le lichen plan et l'érythème noueux, par Calmette et Guérin pour la vaccine et qui nécessite pour se produire une lésion des capillaires des papilles dermiques, voisins ou non des follicules pilo-sébacés ; un traumatisme même léger serait capable de localiser le brome circulantdans le sang et d'y produire une efflorescence cutanée : une bromide.

Milian a tenté d'expliquer l'apparition des bromides et des éruptions médicamenteuses en général par la notion du biotropisme ; se basant sur la nature hautement inflammatoire des bromides végétantes et sur la présence de staphylocoques dans les abcès dermiques et épidermiques, il fait de celles-ci des pyodermites staphylococciques. Cette interprétation pathogénique a été vérifiée par Hudelo et Rabut. Elle est très vraisemblable pour un grand nombre de cas survenus chez l'adulte. Elle ne peut expliquer l'apparition des bromodermides fœtales et congénitales et, d'autre part, dans le cas dont nous rapportons l'observation, elle ne peut être invoquée car, après des examens bactériologiques répétés,

nous n'avons pu constater l'existence d'aucun germe microbien dans les abcès du corps muqueux de Malpighi et du derme : ceux-ci étaient rigoureusement stériles.

L'hypothèse pathogénique la plus vraisemblable est celle qui rapporte les bromodermides à une idiosyncrasie, c'est-à-dire à une sensibilité innée et constitutionnelle. Bruno Bloch a pu démontrer cette sensibilité expérimentalement par la méthode des test cutanés : il a pu reproduire chez une malade des lésions expérimentales absolument identiques aux lésions spontanées en soumettant la peau à l'application de pommade bromurée à 30 o/o et encore par l'application de combinaisons organiques d'iode et de brome ou de fluor et de brome, alors que la combinaison de brome et de chlore restait sans effet. Sézary, Lefèvre et Horowitz ont obtenu également une cutiréaction positive chez un nourrisson de 7 mois atteint de bromides bulleuses en scarifiant le bras avec un vaccinostyle trempé dans une solution de bromure de potassium à 10 o/o : 7 jours après l'intervention, une bulle typique apparaissait sur le point scarifié.

Cette sensibilisation peut se développer au cours de la vie intra-utérine et elle explique les bromides congénitales ; elle peut persister longtemps après la cessation de toute absorption bromurée, ce qui prouve que le brome ingéré peut s'accumuler dans l'organisme sous forme d'une combinaison protéique. Ce fait explique la latence et la progression tardive des lésions.

Le pronostic des bromides cutanées est en général bénin et il suffit de supprimer la cause pour voir disparaître les effets plus où moins rapidement ; la plupart des cas rapportés dans la littérature dermatologique se sont terminés par la guérison et, en ce qui concerne notre malade, il a suffi que sa mère la sevrât pour qu'aucun élément nouveau ne parût plus. Mais il n'en est pas toujours ainsi et Bruno Bloch a publié l'observation d'une femme qui a succombé après avoir absorbé en 5 mois 17 grammes de bromure de potassium, mais elle était auparavant dans un état de santé très précaire et l'autopsie révéla comme cause directe de la mort une thrombose du sinus transverse et une embolie de l'artère pulmonaire gauche ; d'autre part, elle mourut plus d'un an après la cessation d'ingestion de bromure. Aussi, malgré l'intensité des lésions cutanées, malgré l'atteinte des muqueuses buccales et conjonctivales, on peut se

demander s'il faut mettre sur le compte exclusif de l'intoxication bromurée l'hyperleucocytose (22.000 leucocytes), l'éosinophilie intense (14,5 o/o), l'anémie globulaire (3.100.000 hématies), l'hyperthermie (38-39°), l'oligurie. Il est permis de supposer avec Milian que le bromure a pu déclencher une réaction biotropique intense, une septicémie staphylococcique (car le staphylocoque avait été identifié dans les lésions cutanées) qui a finalement entraîné une issue fatale.

Les circonstances dans lesquelles nous avons été amenés à observer des bromides nous laissent croire qu'il serait possible de les prévenir dans un certain nombre de cas. La publicité tapageuse qui diffuse parmi le public des réclames plus ou moins charlatanesques peut, à cet égard constituer un danger indiscutable.

La mère du nourrisson dont nous venons de décrire les lésions était atteinte de crises épileptiformes et se soignait avec une poudre dont elle avait lu la réclame dans un journal régional. Cette poudre figure d'ailleurs dans un guide médical des spécialités pharmaceutiques, largement et gratuitement distribué aux médecins praticiens, sous le nom de « poudre anti-épileptique » avec les indications suivantes : combinaison bromurée, antitoxique, aux extraits végétaux. La malade fit venir cette poudre en écrivant à l'adresse indiquée dans le journal. Elle reçut une lettre avec en-tête imprimé portant le nom du concessionnaire général pharmacien de 1re classe installé dans une grande ville de province. Dans cette lettre, on lui envoyait une feuille de maladie qu'on lui demandait de remplir et de retourner et on lui adressait une brochure explicative. La brochure en question célébrait les bienfaits de la poudre « anti-épileptique et anti-nerveuse ». Elle décrivait l'épilepsie, signalait ses méfaits, rappelait que « les bromures qui paraissaient être le dernier mot de la thérapeutique anti-épileptique ont perdu leur prestige, personne ne croyant plus à leur efficacité » et recommandait chaleureusement la poudre anti-épileptique qui « ne doit pas être confondue avec une de ces réclames habituelles de la quatrième page des journaux, réclames si justement condamnées par l'opinion publique. »

Le concessionnaire général ne dédaignait pas la consultation médicale par correspondance puisqu'après avoir demandé à la malade des renseignements sur son état de santé, il lui donnait des conseils pour son traitement et l'engageait à continuer à prendre la poudre

bien qu'étant nourrice. « De toute façon, disait-il, il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à ce que vous commenciez le traitement dès que possible, quoique vous allaitiez votre bébé. » Et comme la mère, très prudemment, insistait pour savoir s'il n'y avait rien à craindre pour son enfant, il écrivait à nouveau : « Il n'y a point de raison pour que vous ne continuiez pas à nourrir votre bébé vous-même .... Si vous traversez une mauvaise période, prenez un ou deux comprimés de plus, même en allaitant. »

Les faits que nous venons de signaler montrent une fois de plus le danger que peut faire courir aux malades l'exercice illégal de la médecine. La conduite du pharmacien concessionnaire de la poudre anti-épileptique est répréhensible à plus d'un titre : publicité tapageuse dans des journaux non médicaux, envoi de brochures réclame à la clientèle, consultation par correspondance avec demande d'envoi de feuilles d'observation, conseils médicaux d'ordre thérapeutique, indications de nature à rassurer faussement la malade sur les conséquences possibles d'une médication prise au cours de l'allaitement, etc. Il s'agit véritablement d'une observation d'exercice illégal intéressant au premier chef la protection de la santé publique. Les traitements par correspondance réalisés par des « spécialistes » fort peu qualifiés peuvent, dans bien des circonstances, jouer un rôle néfaste. Nous tenons à insister d'une façon toute particulière sur ce côté de la question que nous avons eu déjà l'occasion de signaler dans une note présentée à l'Académie de Médecine. Il est d'autant plus utile d'attirer l'attention sur ces pratiques condamnables que le colportage pharmaceutique s'organise, dans certaines régions, avec des moyens puissants. Très souvent ce colportage a pour but de vendre directement au public trop confiant des spécialités sans diagnostic médical et sans aucune espèce de contrôle. Cette nouvelle méthode de vente des médicaments est dangereuse pour les malades; elle n'est pas destinée, je pense, à rehausser le prestige du pharmacien. Il serait grand temps de l'interdire ou tout au moins de la réglementer. Nous ne pouvions laisser de côté, en parlant des bromides, ce point de vue spécial dont les pouvoirs publics ne sauraient se désintéresser. Ceux qui souffrent ont le droit d'être protégés; il leur est impossible de faire une distinction entre le vrai et le faux, entre un conseil sanitaire désintéressé et un acte de commerce, entre la vulgarisation médicale et le charlatanisme.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Calmette et Guérin. — *Annales Institut Pasteur.*, XV, 161 1901.

Castello. — Bromides par transmission placentaire. *Archives of Derm. and. Syph.*, p. 806., juin 1923.

Duwé. — Un cas de bromides chez un nourrisson. *Bruxelles médical*, Nov. 1923.

Milian. — *Paris médical*, Mars 1925.

Hudelo et Chabrun. — *Bulletin. Soc. franc. Dermat.*, XXXII, p. 296, 1925.

Jeanselme et Burnier. — *Bulletin Soc. franc. Dermat.*, XXXIV, p. 169 1927.

Pasini. — *Giorn. Ital. dermat.*, LXVIII, 1616, 1927.

Sanchez Covisa. — *Actas dermo-siphiliograficas*, mai 1929.

Diasio. — Bromides végétantes, guérison par NaCl. *The cutaneous Rewiew*, p. 350, juin 1931.

Bruno Bloch et Finchiv. — Contribution à l'étude clinique et à la pathogénie des bromides végétantes. *Archiv fur. Dermatol. und Syphilis*, p. 93-148, 1932.

Sezary, Lefèvre et Horowitz. — Bromides bulleuses chez un nourisson. *Bulletin Soc. franc. de dermatologie*, avril 1932.

L'ORIENTATION DU PROBLÈME DE LA SYPHILIS EXOTIQUE EN 1934

Par A. SÉZARY

Des travaux qui ne manquent pas d'intérêt ont été publiés cette année même sur la syphilis nord-africaine. S'ils ne résolvent pas le problème de la syphilis exotique, ils nous apportent des documents nouveaux. C'est à la lumière de ces derniers et de quelques récentes données de la biologie générale que nous voudrions aujourd'hui reprendre la question, à partir du point où nous l'avons laissée dans un mémoire paru dans ces *Annales* en 1932 (1).

Il s'agit, rappelons-le, de déterminer pourquoi une même infection se complique si fréquemment chez les Européens, si rarement chez les indigènes non-européens, d'affections nerveuses parenchymateuses (2).

Les documents nouveaux se trouvent dans l'enquête menée par le *Maroc Médical* (numéros de janvier et février 1934) et dans le rapport de M. Cassar au Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord (Tunis, mars 1934). Voyons comment ils ont pu compléter nos connaissances et modifier nos doctrines pathogéniques.

Tout d'abord, la nature du virus n'est plus guère prise en considération. L'hypothèse de la dualité du virus syphilitique, qui pourrait être neurotrope en Europe, dermotrope en Afrique du Nord,

(1) A. Sézary. Le problème de la syphilis exotique. *Annales de Dermat. et Syph.*, 1932, nº 11, p. 1977.

(2) Les lésions nerveuses d'origine artérielle ou méningée sont aussi communes dans toutes les races. Mais il ne s'agit pas là de neuro-syphilis à proprement parler. La distinction entre les deux formes doit être en effet radicalement établie. C'est un fait sur lequel nous avons insisté en 1926 (A. Sézary. La syphilis nerveuse, Masson éd.), deux ans avant MM. Dujardin et Targowla, auxquels M. Montpellier accorde à tort la priorité sur ce point.

« n'est pas plus soutenable pour l'Algérie que pour la Métropole », écrit M. Montpellier. Cet auteur admet cependant encore, par une curieuse contradiction, que « les souches algériennes sont particulièrement dermotropes ». L'opinion se heurte à une objection capitale : c'est que des Européens, contaminés par ces souches, ont fréquemment des complications nerveuses. Aux cas que nous avons publiés dans notre premier mémoire et à ceux dont M. Montpellier dit lui-même avoir vu de nombreux exemples en Algérie, nous en avons encore ajouté plusieurs autres : tabès dû au tréponème malgache, paraplégie d'Erb due au tréponème de l'Afrique équatoriale.

D'ailleurs, comment affirmer que la syphilis africaine n'est pas neurotrope quand on la voit à la période secondaire, s'accompagner de leucocytose céphalo-rachidienne aussi fréquemment que la syphilis européenne (Sicard et Lévy-Valensi, Lévy-Bing et Gerbay, Montpellier, Goëau-Brissonnière, Raynaud, Lacroix, Boucher et Béraud, Broc) ? Ce qu'il faut expliquer, c'est pourquoi la neurosyphilis, ainsi amorcée, ne se développe pas.

La raison de ce phénomène ne peut évidemment se trouver que dans les particularités du terrain offert par l'organisme des malades. Ce sont ces particularités qu'il importe de préciser.

Nous passerons rapidement sur certains facteurs auxquels — à juste titre, croyons-nous — les médecins marocains et tunisiens n'ont généralement pas accordé une grande importance et dont nons avons suffisamment discuté la valeur dans notre précédent mémoire. Tels sont le *surmenage intellectuel* (comment d'ailleurs le surmenage intellectuel pourrait-il favoriser le tabès, affection radiculo-médullaire ? D'ailleurs, d'après Decrop, la rareté de la neuro-syphilis au Maroc irait de pair avec celle des autres syphilis viscérales) ; l'*alcoolisme*, qu'on ne retrouve pas toujours chez les neuro-syphilitiques européens ou indigènes et qui, par contre, est fréquent au Maroc (Renaud) ; la *précocité de la contamination*, qui est loin d'être constante ; le *paludisme*, qui n'atteint pas tous les indigènes et qui ne protège d'ailleurs pas toujours contre la neurosyphilis.

L'*exubérance habituelle des manifestations cutanées* dans la syphilis nord-africaine mérite une plus sérieuse considération. Elle est indiscutable et l'on peut concevoir qu'elle provoque une réac-

tion d'immunité particulièrement forte, dont le tissu nerveux pourrait bénéficier. Est-elle due aux traumatismes répétés et de toutes sortes dont est l'objet la peau des indigènes? Le fait est contestable, car d'une part la syphilis des paysans d'Europe dont la peau est également exposée n'est guère plus floride que celle des citadins (Sézary et Barbé), et d'autre part la syphilis européenne des Parisiens des XVIe et XVIIe siècles n'était pas moins exubérante que la syphilis exotique d'aujourd'hui. Par ailleurs, le système nerveux ne participe guère aux réactions générales d'immunité de l'organisme : c'est un fait que Roux et Borrel, Vincent, Gley, Phisalix, Guillain et Laroche ont suffisamment mis en évidence. On peut donc douter que l'exubérance des lésions cutanées, en immunisant fortement l'individu, protège son névraxe contre le tréponème.

Une théorie séduisante est celle de M. Dujardin, dont nous avons déjà fait la critique. Certains auteurs s'y sont cependant ralliés. Mais elle nous paraît vraiment inacceptable. M. Dujardin prétend que seuls deviennent neuro-syphilitiques les sujets dépourvus d'*allergie cutanée* vis-à-vis du sérum de cheval pris comme test général, car il juge de la sensibilité du cerveau au tréponème d'après celle de la peau vis-à-vis de ce sérum. Mais d'abord, comme nous l'avons montré avec Coumétou, la peau des tabétiques et des paralytiques généraux est loin d'être toujours anergique. D'autre part, nos recherches récentes ont amplement montré qu'on ne saurait juger de l'état allergique du névraxe par celui de la peau. Dans la peau elle-même, l'hypersensibilité porte, selon les cas, tantôt sur l'épiderme, tantôt sur le derme, tantôt sur les capillaires (1). A plus forte raison une de ces hypersensibilités, quelle qu'elle soit, ne saurait avoir de rapport avec celle des centres nerveux, malgré une commune origine ectodermique. Ces derniers nous paraissent même généralement incapables d'une véritable réaction allergique, c'est-à-dire gommeuse, car les gommes vraies et primitives du névraxe sont rarissimes. Serait-elle exacte, la doctrine de M. Dujardin nous paraîtrait encore insuffisante, car il faudrait déterminer

(1) A. Sézary et G. Mauric. La spécificité tissulaire des réactions allergiques cutanées. *La Presse Médicale*, 1932, p. 997.

(2) A. Sézary. Pathogénie du tabès et de la paralysie générale. *Revue Neurologique*, 1926, n° 4, p. 337.

pourquoi le centres nerveux sont, selon les races, tantôt allergiques, tantôt anergiques.

Il nous faut donc revenir au facteur auquel nous donnions l'influence prépondérante dans notre précédent mémoire, à savoir l'*évolution de la syphilis à travers les âges*. Et c'est sur ce point que les travaux récents nous ont apporté les données les plus intéressantes.

Nous avons rappelé l'évolution indiscutable des aspects cliniques de la syphilis européenne à travers les siècles : d'abord floride et mutilante, mais nullement neurotrope, elle est devenue de plus en plus discrète dans ses manifestations cutanées, mais aussi de plus en plus neurotrope. Des exemples analogues de transformation peuvent être cités aujourd'hui pour plusieurs autres maladies : la varicelle et la rougeole qui deviennent également neurotropes, la chlorose qui disparaît, l'encéphalite épidémique, l'acrodynie, la pneumonie lobaire, le rhumatisme articulaire aigu, la goutte, dont l'expression clinique s'est modifiée.

Une semblable évolution a lieu incontestablement pour la syphilis exotique. Mais elle se produit avec un retard évident.

Pour la syphilis algérienne, elle est indiscutable (Dumolard, Montpellier, Porot, etc.), à tel point que Goëau-Bussonnière a pu soutenir, mais certainement en exagérant beaucoup, que la neuro-syphilis est aussi fréquente chez l'indigène algérien que chez les Européens.

Au Maroc, elle est encore discutée. La plupart des médecins qui ont répondu au référendum du *Maroc Médical* ont pensé que la neuro-syphilis n'est pas en augmentation chez les indigènes de ce pays. Mais on ne peut qu'être frappé de ce fait que les relations de cas de tabès ou de paralysie générale chez les indigènes sont fréquentes dans ce journal et que le plus récent numéro que nous avons reçu en relate encore deux, dont la publication a été motivée par des particularités symptomatiques. Tous les médecins qui ont répondu au referendum marocain ne sont pas en effet dans de bonnes conditions d'observation pour avoir une opinion nette, plusieurs l'affirment eux-mêmes. Par ailleurs, ne voyons-nous pas M. Dulucq, à l'hôpital de Sidi-Saïd, dépister, en 3 mois, 2 cas de tabès et 1 de paralysie générale? La statistique de M. Gallouin ne nous paraît pas moins édifiante. Affecté à un service de dermatosyphiligraphie (et non de psychiatrie), notre collègue ne pouvait

avoir de statistique valable que pour le tabès. Or, de 1920 à 1925, il n'en a vu que 2 cas ; de 1926 à 1932, il en a dépisté 14. D'ailleurs, M. Givry, médecin-chef de l'hôpital militaire de Taza, croit à l'augmentation de la neuro-syphilis chez les indigènes. M. Decroq, qui nie l'augmentation, n'en apporte pas moins 6 observations de tabès et 7 de paralysie générale. Nous avons donc la conviction que l'évolution neurotrope de la syphilis est nettement amorcée dans ce pays, mais encore peu avancée.

Par contre, en Tunisie, elle semble moins marquée, si l'on en juge par la lecture du rapport de M. Cassar.

Mais si la syphilis, dans chacun de ces trois pays, a un neurotropisme différent, on doit se demander à quoi tient cette particularité.

Nous avons pu croire que, comme on l'admet pour les autres maladies dont l'allure clinique se modifie dans un même pays, elle tient à une *ancienneté* différente de la maladie. Mais M. Montpellier nous a détrompé.

Avec M. Montpellier, nous avons incriminé aussi l'*intervention des traitements insuffisants* qui, comme nous l'avons montré avec Mlle Roudinesco, aggravent et hâtent les complications nerveuses chez l'Européen. C'est sur ce point spécial qu'ont surtout porté le referendum marocain et le rapport tunisien.

Or, les auteurs ont été unanimes pour déclarer que depuis l'arsénothérapie, si souvent insuffisante par suite de l'indolence des indigènes, le nombre des neuro-syphilis n'a pas subi l'accroissement formidable qui aurait eu lieu si l'hypothèse était exacte. Il est curieux de noter qu'ici encore la syphilis africaine n'obéit pas à la loi que nous avons vérifiée en étudiant la syphilis européenne.

A vrai dire, quand dans notre précédent mémoire nous incriminions l'arsénothérapie, nous prévoyions déjà que les premières observations nous donneraient un démenti. C'est pourquoi, ne trouvant pas d'autre raison valable à invoquer, nous avions ajouté : « Mais il ne faut pas considérer uniquement l'action du traitement sur l'individu lui-même. Il est vraisemblable que tous les indigènes atteints de neuro-syphilis n'ont pas subi auparavant le traitement insuffisant que nous incriminons. Il faut envisager cette action sur la collectivité et *à travers les générations de cette collectivité.* C'est en enrayant avec nos médications insuffisantes l'effort d'immunisa-

tion de l'organisme *à travers plusieurs générations* qu'on crée, croyons-nous, le neurotropisme de la maladie. Introduit plus tard dans les pays exotiques qu'en Europe, le traitement, appliqué de telle sorte qu'il ne puisse guérir, commence seulement à y manifester ses méfaits. » Nous sommes sur ce point en parfaite communion d'idées avec M. Montpellier, et nous sommes heureux de citer l'adhésion de M. Diot.

Les travaux récents ont donc eu le mérite de montrer que l'action nocive des médications modernes à doses insuffisantes ne s'est pas fait immédiatement sentir. Mais ils n'excluent pas la possibilité d'une action tardive. Sans cette hypothèse, il nous paraît impossible d'expliquer aujourd'hui les particularités de la syphilis exotique. Mais c'est aux générations futures qu'il appartiendra de juger si cette supposition est fondée.

Pour terminer, nous ne pourrons donc que répéter nos conclusions de 1932. Pour nous « *c'est l'intervention thérapeutique qui, en Europe comme dans les pays exotiques, a imprimé à la syphilis son évolution et l'a rendue de plus en plus neurotrope. Cette évolution, très avancée en Europe, commence seulement dans les pays où la thérapeutique chimique a été introduite plus tardivement. L'ancienneté de la maladie joue sans doute aussi un rôle prédisposant secondaire, et peut-être encore, dans certaines contrées et dans certains cas, le paludisme* ».

Ces conclusions, comme nous l'avons déjà dit, ne doivent pas être regardées comme une critique des médications modernes. Mieux vaut au contraire enrayer les progrès de la syphilis dans un pays que d'exposer certains individus, par leur faute, à une complication nerveuse. Dans toutes les contrées, un traitement bien conduit et bien suivi préviendra toujours le neurotropisme.

Travail de l'Institut dermato-vénéréologique de Kiew
(Directeur : Dr. V. P. Sourgik).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE DERMOTROPISME DES MICROBES DANS LA STREPTODERMIE

Par le Pr E. M. LÉVINE, et les Drs J. M. LÉVINE, M. M. LÉVINE
et M. S. RABINOWITCH.

Il est avéré que l'expérimentation sur les animaux est la méthode la plus sûre pour définir la virulence des bactéries et, dans le cas étudié ici, des streptocoques.

Les grands animaux domestiques, ainsi que les chiens, les chats et les cobayes ne sont pas sensibles à l'administration de cultures streptococciques, même employées à fortes doses. Tout ce qu'on peut obtenir et encore pas toujours, c'est la formation d'un abcès à l'endroit de l'injection. Les souris et les lapins manifestent seuls de la réceptivité à l'égard des streptocoques. Dold croit la peau des lapins plus propre que celle des cobayes à la différenciation histo-biologique des streptocoques. C'est pourquoi nous nous sommes servis de lapins pour nos expériences sur les streptocoques.

Considérant les rapports histo-biologiques des souches streptococciques qu'il a étudiées, Dold classe celles-ci en trois catégories de types.

Il rapporte au premier type le streptocoque qui, dans une expérience histo-biologique, ne détermine qu'un érythème plus ou moins étendu, avec absence complète d'infiltration ou bien avec infiltration très peu marquée, et suppuration généralement superficielle. Au deuxième type appartiennent, d'après Dold, les souches de streptocoques qui, à l'expérience histo-biologique, provoquent une forte inflammation avec infiltration très nettement pro

noncée. La suppuration et la nécrose ont lieu ici à une plus grande profondeur que dans le premier type et leur cours se prolonge ; le processus reste toutefois localisé. Enfin, Dold rapporte au troisième type la souche de streptocoque qui provoque à l'exploration histo-biologique une inflammation tissulaire, survenant et se propagent rapidement et déterminant en quelques jours la mort de l'animal. Il existe encore, d'après Dold, des formes de réactions intermédiaires entre le premier et le deuxième type ou bien entre le deuxième et le troisième. Dold est arrivé à ces conclusions après avoir fait l'épreuve du rapport histo-biologique de 160 souches diverses de streptocoques (administration par voie intracutanée de quantités égales de bactéries vivantes à des lapins). Il a isolé 40 souches chez des malades atteints de scarlatine, et il est arrivé à cette conclusion qu'elles sont dépourvues de rapport histo-biologique comparable, parce qu'elles donnent tantôt le premier type et tantôt le deuxième. Dold croit qu'il existe un parallélisme déterminé entre les modifications réactives déterminées par le streptocoque chez l'animal et la pathogénie clinique chez l'homme : tandis que les souches, isolées chez des scarlatineux ayant une angine catarrhale ordinaire, appartiennent au premier type, les souches obtenues chez des malades souffrant d'une forme d'angine plus grave, ont donné sur la peau du lapin une modification caractéristique du deuxième type.

Il est intéressant de noter qu'en étudiant le rapport histo-biologique des streptocoques isolés chez des animaux, Dold a rencontré les trois mêmes types histo-biologiques de réactions (types de virulence), qu'il avait déjà trouvés avec les streptocoques qui s'étaient développés en partant des lésions de l'homme. La plupart des souches explorées, obtenues d'animaux (vaches, chevaux, brebis, porcs, chiens), ne lui ont procuré qu'une réaction peu considérable, consistant en une rougeur inflammatoire plus ou moins grande et en une infiltration peu marquée finissant par la desquamation (premier type). Il a observé en même temps des souches déterminant, outre une rougeur inflammatoire, une forte infiltration tissulaire, parfois accompagnée de formation de foyers purulents et de nécrose (deuxième type). On rencontre enfin encore une souche qui provoque une nécrose survenant rapidement et qui détermine la mort de l'animal au bout de quelques jours (troisième type).

Nous voyons donc, à l'exploration histo-biologique de strep-

tocoques, obtenus d'animaux, apparaître de nouveau sur la peau du lapin trois types de réactions (types de virulence).

Passons à présent à nos recherches.

Nos injections ont été pratiquées exclusivement dans la peau du ventre des lapins, le poil y ayant été rasé la veille. Nos lapins ont été injectés, par voie intracutanée, avec 0 cm. 2 d'émulsion streptococcique. Pour obtenir cette dernière, nous avons pris 1 centimètre cube de solution physiologique stérile de sel de cuisine, où nous avons toujours ajouté environ 2,5 milliards de corps bactériens vivants. Nous avons adopté les mêmes repères que Dold, pour faire l'appréciation de la réaction, à savoir : rougeur plus ou moins grande, infiltration plus ou moins grande, papule plus ou moins grande, suppuration superficielle ou profonde, degré de nécrose, etc.

Pour le mode d'ensemencement des streptocoques obtenus de lésions cutanées, ainsi que de la peau saine, nous avons arrêté notre choix aux procédés suivants :

1° A la méthode de Sabouraud (ensemencement dans une pipette de Pasteur avec de l'ascite bouillon ou du bouillon sucré).

2° Ensemencement du matériel d'exploration dans plusieurs tubes sur des milieux peptono-gélatineux inclinés (grand nombre de frottis longitudinaux préparés avec le contenu d'une anse) ; ensemencement du matériel d'exploration sur une boîte de Pétri avec de la gélose sucrée ou de la gélose ascite.

Nos recherches ont porté sur un total de 45 sujets, dont 15 à la peau saine. Les souches de streptocoques, isolées chez des sujets à peau saine, ont montré ce qui suit à l'exploration histo-biologique : dans 12 cas les streptocoques ont déterminé une réaction caractéristique du premier type, suivant Dold ; dans 3 cas, la réaction a été caractéristique du deuxième type.

Le tableau n° I présente les résultats qu'a donnés l'épreuve du rapport histo-biologique de streptocoques, isolés de lésions pyodermiques chez des malades atteints de diverses formes de streptodermie. Ce tableau contient le diagnostic précis de chacun des cas explorés.

Tableau n° 1

Nos selon l'ordre	Forme de streptodermie	Rapport histo-biologique des streptocoques selon Dold
1.	Impetigo de T. Fox	Deuxième type
2.	Impetigo *bullosa* de T. Fox	Deuxième type
3.	Impetigo *bullosa* de T. Fox	Deuxième type
4.	Perlèche (Impetigo de T. Fox)	Premier type
5.	Perlèche (Impetigo de T. Fox)	Deuxième type
6.	Impetigo *circinata* de T. Fox	Deuxième type
7.	Impetigo *circinata* de T Fox	Forme intermédiaire entre le premier et le deuxième type
8.	Impetigo *gyrata* de T. Fox	Deuxième type
9.	*Panaricium subepidermale*	Deuxième type
10.	Impetigo *bullosa* de T. Fox	Premier type
11.	*Panaricium subepidermale*	Deuxième type
12.	*Panaricium subepidermale*	Forme intermédiaire entre le premier et le deuxième type
13.	Impetigo de T. Fox	Deuxième type
14.	Impetigo *bullosa* de T. Fox	Deuxième type
15.	Impetigo *vulgaris*	Premier type
16.	Impetigo *vulgaris*	Deuxième type
17.	Impetigo *vulgaris*	Deuxième type
18.	Impetigo *vulgaris*	Deuxième type
19.	Impetigo *vulgaris*	Premier type
20.	Impetigo *vulgaris*	Deuxième type
21.	Impetigo *vulgaris*	Deuxième type
22.	Impetigo *vulgaris*	Premier type
23.	*Ecthymæ*	Deuxième type
24.	*Ecthymæ*	Deuxième type
25.	*Ecthymæ*	Deuxième type
26.	*Ecthymæ*	Premier type
27.	*Ecthymæ*	Premier type
28.	*Ecthymæ*	Deuxième type
29.	*Ecthymæ*	Deuxième type
30.	*Ecthymæ*	Forme intermédiaire entre le premier et le deuxième type.

Ainsi, l'épreuve du rapport histo-biologique de 15 souches de streptocoques, isolées chez des sujets à peau saine, ainsi que de 30 souches obtenues de lésions pyodermiques, nous permet de constater que nous sommes ici en présence de deux types de réactions (types de virulence). Les streptocoques isolés de peau saine présentent généralement une réaction caractéristique du premier type. Le deuxième type de réaction se rencontre rarement. Par contre, les streptocoques isolés de lésions pyodermiques provoquent généralement une réaction caractéristique du deuxième type ; le premier type de réaction s'y rencontre rarement.

Ainsi qu'il résulte de nos expériences, nous nous trouvons donc

en présence, dans les cas de streptodermies, d'un type toxique particulier de bactéries, d'une variété dermotropique particulière de streptocoques (il va de soi qu'il est question ici de souches ensemencées stérilement en partant de foyers pyodermiques chez des sujets atteints de diverses formes de streptodermie), l'effet tissulaire obtenu sur la peau du ventre de l'animal dans les cas de pyodermie étant plus considérable que la réaction déterminée par des cultures isolées sur la peau de sujets bien portants.

A ce point de vue on comprend mieux la raison, pourquoi le contenu des vésicules dans l'impétigo de Fox est aisément inoculé à des malades, ainsi qu'à des sujets bien portants ; on entrevoit mieux pourquoi le *panaricium subepidermale* atteint quelquefois un doigt après l'autre ; pourquoi la perlèche s'observe parfois chez les enfants sous forme de petites épidémies dans la famille ou bien dans les établissements d'instruction publique (bien que ces épidémies se propagent au moyen de baisers, de vaisselle commune, etc., une variété dermotropique particulière de streptocoques y doit évidemment jouer un certain rôle) ; on comprend mieux aussi pourquoi l'*impetigo bullosa* de Fox a parfois revêtu le caractère d'une épidémie vraie, etc.

Une question se pose à présent : résulterait-il de nos recherches qu'un streptocoque devrait être distingué, pouvant être situé sur la peau saine et doué de propriétés pathogènes particulières ? Non, cette question est encore à résoudre. Elle fera l'objet de recherches ultérieures que nous allons poursuivre en pratiquant une exploration histo-biologique de cultures, isolées de diverses parties de peau saine, éloignées des foyers pyodermiques, chez des sujets atteints de streptodermie.

La question de la dépendance où se trouverait la streptodermie, de la quantité de facteurs infectants doit également être encore étudiée.

Nous avons déjà résolu ces deux questions en ce qui concerne la staphylodermie (voir nos travaux précédents).

Quant au présent travail, nous y avons démontré : 1° que le streptocoque, situé sur la peau saine de personnes bien portantes, ne saurait jamais être considéré comme un saprophyte ; et 2° qu'il y a différence de virulence entre le streptocoque ensemencé stérilement de foyers pyodermiques chez des sujets, atteints de diverses formes de streptodermie, et le streptocoque, isolé de la peau saine de sujets bien portants.

Dispensaire officiel antivénérien de Saragosse (Espagne)
(Service du Dr. Edouard de Grégorio).

TRICHOPHYTIE CUTANÉE PAR VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Par le Docteur Edouard de GREGORIO
Médecin du Dispensaire officiel de Prophylaxie antivénérienne,
Membre de l'Académie de Médecine.

Au mois de février 1933 nous avons soigné un malade âgé de 18 ans, qui présentait à la partie supérieure et externe du bras gauche une lésion érythémato-squameuse de forme totalement circulaire, à bordure clairement définie, sur laquelle existaient de fines vésicules, lésion dont la grandeur était celle d'une pièce de deux pesetas. Ce malade avait subi deux mois auparavant une vaccination antivariolique et sur la zone même de scarification apparut plus tard la lésion érythémato-squameuse que nous avons eu l'occasion d'observer.

L'affection cutanée sus-indiquée fut à son début interprétée par nous de façon erronée et de ce fait ne fut pas convenablement traitée. Trois jours après, ce malade nous revint et non seulement sa lésion ne s'était pas améliorée, mais tout au contraire elle avait augmenté dans de notables proportions et la périphérie présentait un collier d'abondantes vésicules.

A ce moment nous eûmes l'occasion d'observer deux nouveaux malades avec des lésions non point aussi circulaires et définies, mais d'aspect approchant et situées au point où — exactement comme dans le premier cas — ils avaient été précédemment vaccinés.

Ces cas nous firent croire à une affection cutanée d'origine vaccinale et, étant donné la morphologie, l'évolution et le développement des lésions, nous avons recherché par examen microscopique s'il pouvait s'agir d'une trichophytie et nous avons vérifié notre sup-

position, car, on trouvait facilement, dans les squames une grande quantité de spores de dimensions régulières en forme de conglomérats et de filaments mycéliens.

Nous sommes donc en présence d'un cas de trichophytie cutanée consécutive à une vaccination antivariolique. Nous avons étudié les malades et nous avons pu rassembler un total de 23 cas.

Cliniquement, ils ont présenté les aspects suivants :

Une forme nettement trichophytique type herpès circiné (2 cas), le centre finement squameux et érythémateux, entouré d'une bordure vésiculeuse avec accroissement excentrique et irrégulier arrivant à atteindre les dimensions d'une pièce de 10 centimes.

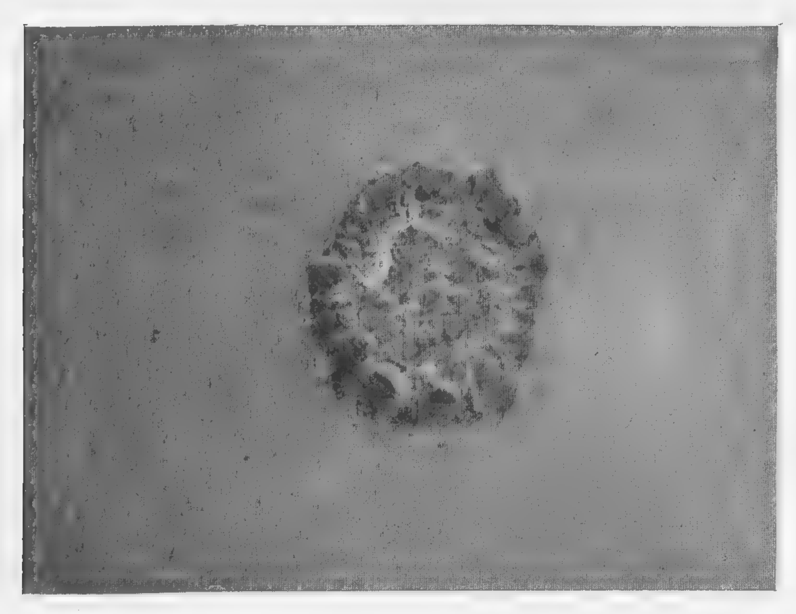


Fig. 1.

Une seconde forme, elle aussi, nettement trichophytique (10 cas), mais d'évolution plus rapide, avec de multiples points d'auto-inoculation, tout au contraire de la première variété dans laquelle existait seulement une lésion au point d'inoculation du vaccin. Dans ces derniers cas les lésions étaient constituées par des taches squameuses arrondies de diverses grandeurs situées autour de la lésion

initiale au point d'inoculation et en certains cas assez distantes, se situant jusque dans le dos, d'un rouge enflammé, légèrement recouvertes d'une squame fine ou non vésiculeuse, entourées d'un halo légèrement inflammatoire et intensément prurigineuses (fig. 1).

Une troisième forme observée (11 cas) était constituée par des lésions d'aspect banal, facilement interprétables comme d'origine impétigineuse. Sur la scarification de la vaccination se produisait une lésion érythémato-squameuse de forme plus ou moins arrondie,



Fig. 2.

recouverte d'abondantes squames grosses et mélicériques, d'aspect impétigineux. Autour de la lésion initiale, apparaissaient promptement d'autres lésions plus petites, mais de la même forme arrondie et recouvertes de squames grosses et adhérentes, qui, en augmentant de dimension, se fondaient avec la lésion initiale ; il se produisait alors une dermatose squameuse, de grande extension en certains

cas par fusion de plusieurs lésions, de forme irrégulière avec bordures circinées (fig. 2).

L'évolution de la maladie était généralement assez longue ; les malades avaient été vaccinés dans la deuxième quinzaine du mois de décembre et les premières lésions apparurent en février suivant, c'est-à-dire approximativement deux mois plus tard. Avec le traitement, la maladie évolua différemment selon les cas. Certains, la majorité, cédèrent et guérirent facilement avec de la teinture d'iode. Mais, dans d'autres cas, au contraire, malgré le traitement employé sous forme de frictions énergiques, apparurent à distance des lésions nouvelles, lesquelles, bien que semblant rebelles, guérirent rapidement avec une pommade à l'acide chrysophanique.

Dans tous les cas, malgré la variété de la forme clinique, nous avons cultivé et isolé le germe lui-même, le Trichophyton faviforme discoïdes. Ce germe, nous le savons, a été étudié par Sabouraud en 1909, isolé pour la première fois d'une trichophytie squameuse du menton et postérieurement d'une lésion du type de l'eczéma séborrhéique localisée au bras.

Son origine est animale, comme celle de tous les Trichophytons faviformes et provient des bovins.

Dans les squames, nous avons, au microscope, constaté la présence du germe en grande quantité, formant de multiples filaments entrelacés, les uns cloisonnés à distances inégales, les autres formés de spores de forme arrondie et de mêmes dimensions (fig. 3).

Nous avons pu étudier la morphologie de ce germe dans le poil au moyen d'inoculations au cobaye. Chez cet animal on provoque facilement la maladie par des scarifications sur lesquelles on dépose le germe vivant provenant des divers milieux de culture. La maladie chez l'animal de laboratoire se caractérise par des lésions érythémato-squameuses de diverses dimensions qui guérissent de façon spontanée en peu de jours pour produire une immunité comme il arrive pour toutes les teignes.

Les poils laissent voir facilement en surface de multiples filaments mycéliens flexueux et quelques groupes de spores en forme d'îlots (car ce germe est nettement ectothrix dans les débuts de l'atteinte parasitaire du poil) qui envahissent ensuite le poil où l'on observe, de préférence dans la zone radiculaire, des filaments mycé-

liens verticaux dichotomisés dans le sens de la profondeur et légèrement cloisonnés. Quand le poil est franchement parasité, on observe des filaments intrapileux comme nous venons de l'indiquer



Fig. 3.

et extérieurement une couche compacte de spores très rapprochées et serrées les unes contre les autres d'une manière très analogue à ce que l'on observe avec les microsporons.

Ces cas de trychophytie cutanée de forme épidémique observés par nous furent indiscutablement provoqués par la présence du



Fig. 4.

germe producteur (Trichophyton faviforme discoïdes) dans le vaccin antivariolique, moyen de transmission et de propagation de la maladie.

Comme nous le savons tous les vaccins utilisés pour la vaccination antivariolique et provenant de la génisse ont toujours présenté pour les préparateurs le problème de l'emploi de substances qui, tout en détruisant les germes pyogènes, et même d'autres plus agressifs capables de produire des infections chez l'homme, n'attaquent ni ne détruisent le virus vaccinal qui puisse conserver intact son pouvoir immunisateur. Les diverses substances antiseptiques employées ont exigé, de ce fait, la non-annulation du pouvoir immunisant du vaccin, mais bien la destruction et l'annulation des germes contaminants (fig. 4).

Parmi les différents produits employés existe le vert brillant (tétraéthyl-diamino-triphényl-carbinol) que quelques auteurs considèrent comme remplissant les conditions désirées, c'est-à-dire ne pas annuler le pouvoir vaccinant, mais détruire les germes contaminants. Ce produit a été étudié par Krumwiede, Fielder et Watson en 1917 (1) et postérieurement par d'autres auteurs comme Moreno de la Vega et Bridé (2) qui ont démontré comment une solution au 1/10.000^{e} détruit en peu de temps, généralement en peu de jours, 20 à 25, le staphylocoque doré, quelques anaérobies et, en moins de temps, d'autres germes.

Le vaccin antivariolique producteur des divers cas de trichophytie était préparé avec du vert brillant à la proportion de 1/10.000^{e}, suivant la technique des auteurs précités. Nous avons étudié ce vaccin, prélevé sur des tubes du même lot de fabrication que ceux qui avaient produit la trichophytie. Dans ce vaccin nous n'avons pas réussi à mettre en évidence le germe contaminant. Microscopiquement on ne peut vérifier l'existence ni de spores ni de filaments mycéliens, et ce vaccin semé dans des milieux de culture appropriés, aussi bien liquides que solides, ne permet non plus de vérifier l'existence d'aucun germe cryptogamique.

Une fois isolé, le germe des divers malades a été ensemencé dans les milieux glucosés connus de tous, en usage pour l'étude des Dermatophytes, auxquels nous ajoutâmes du vert brillant dans la proportion de 1/10.000^{e} et jamais le germe semé — pour dire mieux le germe producteur de la maladie — ne se développa.

(1) Krumwiede-Fielder et Watson. *The Journ. of Infec. Diseases*, février 1918, p. 118.
(2) Bridé. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 1921, p. 645.

L'opposition de ces résultats avec les observations cliniques appelle naturellement l'attention, car dans le vaccin étudié par nous, on ne met en évidence aucun germe cryptogamique et le germe producteur de la dermatose que nous avons isolé et semé dans des cultures additionnées de vert brillant ne se développe pas non plus.

Le fait que la maladie se présente sous une forme épidémique à la suite d'une vaccination antivariolique sur une grande échelle et le début de la maladie précisément aux points de scarification,

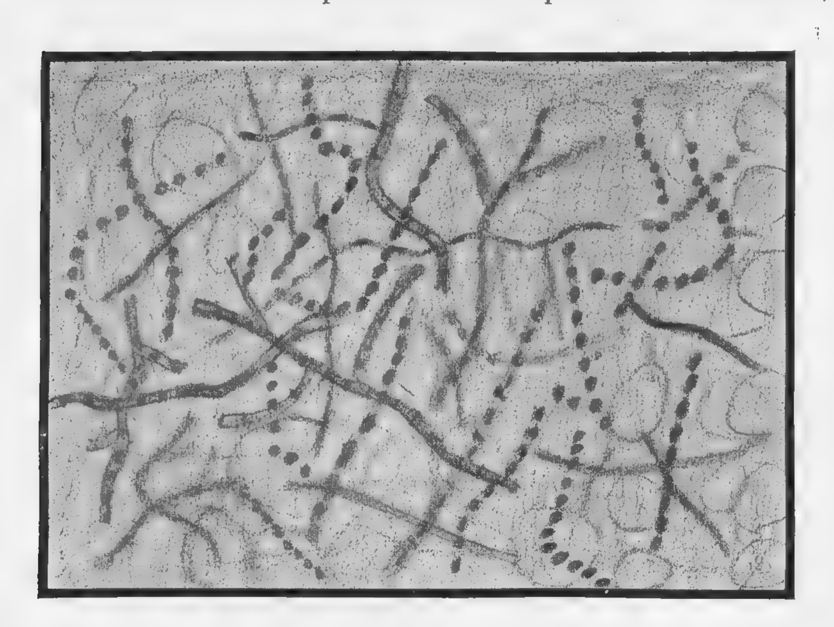


Fig. 5.

démontrent de toute évidence que le moyen de transmission de la maladie a été le vaccin utilisé. A l'appui de cette manière de penser, nous considérons, d'autre part, que le germe producteur, le Trichophyton faviforme discoïdes, est originaire et producteur des teignes sur le bétail bovin duquel provient le vaccin (fig. 5).

Que nous n'ayons pas décelé le germe dans celui-ci ne s'oppose point à ce que nous avons indiqué précédemment, car nous avons pu vérifier premièrement que tous les tubes de vaccin et à plus forte raison toutes les vaccinations effectuées avec eux n'occasionnèrent pas de trichophyties et de plus que le germe était très atté-

nué ou en faible quantité parce que jamais tous les sujets vaccinés avec le vaccin d'un même tube ne furent contaminés : il y eut des familles dans lesquelles plusieurs individus furent vaccinés, un seulement et, en certains cas, deux, furent infectés.

D'après ce qui se dégage de la lecture du travail du docteur Moreno de Vega (*Revista del Instituto Llorente*, Madrid juin, 1926) sur la vaccination antivariolique au vert brillant, le fait que tous les sujets vaccinés n'aient pas été infectés pourrait dépendre d'une trituration du vaccin insuffisamment complète pour que le vert bril-



Fig. 6.

lant stérilisât complètement celui-ci; ce qui, naturellement, peut avoir pour conséquence que le Trichophyton se rencontre vivant dans certaines portions du vaccin qui étant déposées sur des individus ont contaminé ceux-ci, tandis que d'autres auxquels furent inoculées des parties bien triturées et par le fait même stérilisées, se voient indemnes de trichophytie, malgré que le vaccin employé pour les uns et pour les autres provienne du même tube infecté.

Si, comme nous l'avons dit plus haut, dans le vaccin étudié par

nous, nous ne pûmes parvenir à mettre en évidence le germe contaminant, c'est certainement parce qu'il avait été détruit par le vert brillant. Le vaccin étudié avait été préparé depuis plus longtemps et par le fait même depuis plus longtemps soumis à l'action du vert brillant que le vaccin employé au cours des vaccinations. Dans celui-ci le trichophyton pouvait n'avoir pas été détruit par manque de temps, tandis qu'il n'existait plus trois mois plus tard, alors que nous recherchions son existence dans le vaccin (fig. 6).

Ces observations de trichophytie cutanée déterminée par des vaccinations antivarioliques n'ont pas encore été faites et nous n'en connaissons, pour notre part, aucun cas dans la littérature médicale. Leur étude et leur connaissance offrent de l'intérêt, puisque, étant, comme dans les cas étudiés par nous, déterminées par des germes cryptogamiques d'origine animale, des épidémies de grande extension peuvent se produire, étant donné la nature du germe producteur et, d'autre part, le moyen de transmission et de propagation de la maladie.

Leur diagnostic n'offre aucune difficulté, pas plus que leur traitement ; celui-ci est simple et à la portée de n'importe quel spécialiste ou médecin consultant, mais, toujours, la première condition est que le diagnostic soit établi en correcte et due forme.

ABULCASIS, AVICENNE ET LES GRANDS MÉDECINS ARABES ONT-ILS CONNU LA SYPHILIS

Par H. P. J. RENAUD
Directeur d'Etudes à l'Institut des Hautes Etudes Marocaines.

Périodiquement la question de l'origine américaine de la syphilis est remise en discussion par ceux qui prétendent trouver dans les descriptions des auteurs de l'Antiquité et du Moyen Age, des preuves de l'existence dans l'Ancien Monde, antérieurement à 1493, de cette maladie, dissimulée sous diverses appellations. Le professeur Jeanselme avait à peine publié, au tome Ier du grand *Traité de la syphilis*, paru sous sa direction, la belle défense que l'on connaît, de la thèse dite « Colombienne », que le professeur Sudhoff présentait à la Société Allemande d'histoire de la médecine (Mayence, septembre 1932), un document du XIIIe siècle où figurait déjà l'expression *magnum malum*, le « gros mal » qui, comme on sait, fut l'un des termes employés plus tard pour désigner la syphilis.

Laissant à de plus compétents que moi en histoire du Moyen Age chrétien le soin de répondre à cet argument, je veux simplement examiner ici la valeur des affirmations suivant lesquelles on trouverait décrites dans les traités des grands médecins arabes, des manifestations dont la nature syphilitique peut être reconnue. M. le professeur agrégé Montpellier a fait précisément allusion aux écrits de plusieurs d'entre eux dans un rapport sur la syphilis nord-africaine présenté au Congrès d'Alger, en 1930. Plus récemment, dans une thèse de cette faculté, un jeune médecin de l'armée, H. Gauthier, a tenté d'élargir la question, mais faute de pouvoir se reporter aux textes arabes eux-mêmes, sa démonstration est restée imparfaite.

On voudra bien permettre à un arabisant de la reprendre et de la compléter.

*
* *

La figure marquante de la médecine arabe en Occident est, sans contredit, celle d'Abulcasis. Notre Moyen Age a ainsi déformé le nom d'Abul-Qâsim az-Zahrawi, qui vivait au xe siècle à la cour des califes de Cordoue et dont la *Chirurgie* a joui jusqu'à la Renaissance d'une autorité incontestée. Les manuscrits de cet ouvrage, extrait lui-même d'une grande encyclopédie médicale, ne sont pas rares et il a même eu les honneurs d'une édition arabo-latine, celle de John Channing, à Oxford en 1778.

Au début du siècle dernier, le vénéréologue français Jourdan s'est appuyé sur un passage de la *Chirurgie* d'Abulcasis (livre II, chap. 56) pour établir que les Arabes avaient connu les « chancres » et Lucien Leclerc, l'historien de la médecine et traducteur d'Abulcasis (Paris, 1861) se demande à ce propos si les « ulcères gangréneux » qui y sont mentionnés, ne seraient pas de nature syphilitique.

Voici, rendu aussi exactement que possible, le texte dont il s'agit :

« Des boutons (ou pustules) qui surviennent sur le prépuce (*ghulfa*) et le gland (*kamara*) ; de la gangrène et de l'adhérence du prépuce au gland. »

Il se produit souvent au méat urinaire (*ihalîl*) des boutons qui deviennent saillants, charnus et de mauvais aspect ; certains sont malins et d'autres bénins [suit le traitement de ces derniers par excision et pansement au moyen d'onguents]. Mais, si les boutons sont malins et de mauvais aspect, il convient d'employer avec eux la cautérisation ignée, après les avoir coupés à ras. Dans le cas où les boutons siègent sur le prépuce d'un rénégat non circoncis, à l'intérieur du fourreau comme à l'extérieur, il convient d'enlever d'abord ceux qui sont à l'intérieur et d'attendre la cicatrisation ; alors seulement on traitera ceux de l'extérieur, car si on opérait les deux ensemble, on risquerait de perforer le prépuce.

Il se produit aussi parfois sur les testicules et le prépuce une noirceur et du sphacèle ; il convient alors de circonscrire par une incision tout ce qui est noirci, que ce soit déjà sphacélé ou en voie de sphacèle (suit l'indication du pansement à appliquer)... Si le gland est rongé et que la perte de substance soit complète, on introduira dans l'urèthre une canule de plomb pour que le malade puisse uriner. »

Et c'est tout. Il est donc certain que les Arabes, comme les Anciens d'ailleurs (à noter qu'Abulcasis s'est souvent inspiré de Paul d'Egine), ont parfaitement connu les « chancres » et les effroyables mutilations des organes génitaux dont ils sont parfois l'origine. Qu'à l'époque où le docteur Leclerc traduisait la *Chirurgie* du médecin de Cordoue, et plus encore à celle de Jourdan, le diagnostic entre les lésions dues au chancre mou et celles qui appartiennent à la syphilis fut souvent incertain, rien de surprenant à cela. Mais il serait difficile aujourd'hui d'invoquer en faveur de celle-ci la description qu'on vient de lire, extraite du traité d'Abulcasis.

*
* *

Les écrits médicaux de l'illustre savant persan du XIe siècle, *Abu Ali Ibn Sina*, l'Avicenne de notre Moyen Age, ont été de très bonne heure mis en avant pour montrer l'existence de la syphilis dans l'Islam oriental, et par suite, dans le reste du monde musulman, bien avant la découverte de l'Amérique.

A toutes les époques, quand les médecins se sont trouvés en présence d'une maladie nouvelle, ils ont naturellement essayé de la rattacher à des manifestations connues d'eux ou relatées par les anciens auteurs. C'est ce qu'a fait, dès 1497, le Wurtembergeois Johann Widmann, en identifiant le « mal de franzos », comme il dit, avec l'affection décrite par Avicenne dans son grand « Canon de la médecine » sous le nom de *saphati* ou *asafati*. Et l'année suivante, Francisco Lopez de Villalobos, consacre plusieurs strophes de son célèbre poème *Sobre las contagiosas y malditas bubas*, à combattre cette identification.

Voici ce que dit Widmann :

« Les maladies pestilentielles se manifestent quelquefois sous forme de fièvres, soit par des *carbunculi*, soit par des éruptions morbilleuses ou varioleuses, ou bien ce sont des affections cutanées telles que les pustules de la *formica* ou celles de l'*asafati*, appelé aussi « mal de France », lesquelles se sont répandues de pays en pays avec les accidents les plus graves, depuis l'an 1457 jusqu'à l'époque actuelle 1500. »

Je rectifie légèrement la traduction, un peu trop interprétée pour les besoins de la cause, que donne du texte latin de Widmann le

docteur F. Buret dans son livre sur *Le gros mal du Moyen Age* où il rend *carbunculi* par « ulcères chancrelleux », ce à quoi rien ne l'autorise. Laissant d'ailleurs de côté la question de l'éruption décrite par les Anciens sous le nom de formica (grec μύρμηξ), je m'attacherai uniquement ici au sens du mot saphati, tiré d'Avicenne, et à son identification, affirmé par Widmann, avec le « mal français ».

L'Arabe connaît en effet un mot *safa* (avec *t* final s'il est suivi d'un autre mot), que les traducteurs chrétiens ont transcrit de façons variées et généralement défectueuses, souvent avec incorporation de l'article et l'intercalation abusive d'un *h* : *assafat, sahfat*, etc. C'est le nom d'une maladie cutanée dont Avicenne traite au livre IV de son « Canon », 7ᵉ section, 3ᵉ traité, chapitre premier, intitulé « De la *safa*, du *chirbanj*, de la *balahîya* et du *butm* ».

En présence de ces mots techniques, il est indispensable de confronter le texte arabe de l'édition égyptienne moderne d'Avicenne avec la traduction latine du Moyen Age faite par Gérard de Crémone, dont toutes les grandes bibliothèques possèdent des éditions.

Que dit d'abord le texte arabe ?

« La *sa'fa* compte au nombre des « boutons » ulcéreux (*al-buthur al-qarhiya*) et les livres ont l'habitude d'en traiter au chapitre des cosmétiques. La *sa'fa* débute par des boutons prurigineux, légers, dispersés en beaucoup d'endroits; ils s'ulcèrent ensuite, formant des ulcères croûteux. Il en est qui tirent sur le rouge ; parfois il en suinte un *ichor ;* on nomme cette variété *chîrbanj* et *sa'fa* humide. Parfois, la *sa'fa* débute sous la forme d'une dartre (*quba*) sèche. Le plus souvent, elle est une humidité pernicieuse, aiguë, corrosive, qui se mêle au sang, et aussi des humeurs épaisses, peccantes ; les éléments grossiers sont retenus et s'accumulent sous forme de tuméfactions, tandis que la partie fluide transsude. La cause de la forme sèche est une humeur atrabilaire abondante, à laquelle se mêle une humidité piquante qui se porte à la peau, la corrompt et la corrode... »

Comment a-t-on pu interpréter en faveur de la syphilis une description aussi peu caractéristique ? Villalobos n'a pas eu de peine à montrer qu'elle ne s'appliquait pas au « nouveau mal », qui débute par les organes sexuels, provoque de violentes douleurs articulaires

et s'accompagne de tumeurs et de plaies sur les tibias, tandis que les croûtes prurigineuses du *saphati* ont pour siège principal la face et la tête. La version latine du « Canon » indique d'ailleurs, en marge, le synonyme *De Achoribus* ; or les Grecs appelaient αχωρες et les Latins *Favi*, des affections du cuir chevelu.

Il faut donc chercher ailleurs la cause de la méprise de Widmann et de ceux qui l'ont suivi. Une étude attentive m'a montré qu'elle est due à une lecture défectueuse d'un des mots techniques auxquels je faisais allusion plus haut. Rien que l'énoncé du titre du chapitre en question dans la traduction de Gérard de Crémone nous donne une idée des confusions qui n'ont pas manqué de se produire par suite de ces transcriptions fautives aggravées par les « coquilles » des premières éditions :

« *De Sahafati, Alsirengi et Albalchi et Albothin* (variantes *refrengi et albacore* (ou *balkiati et aluathim*). »

Le terme d'*alsirengi* a été rapproché du mot persan, passé en arabe, *al-asrenj*, qui désigne le minium, « d'où le nom de cette forme du *saphati* dont les pustules étaient rouges », dit l'éditeur et traducteur français de Villalobos !

Le mot *chîrbanj* (ou *safa* humide) d'Avicenne est bien persan ; c'est exactement *chîrpanj* ou *chîrpanjah* « griffe de lion ». Le passage du *ch* à l'*s*, lettres si voisines dans la graphie arabe, est courant, mais quand on passe au latin, la confusion entre l'*s*, tel qu'on l'écrivait autrefois et l'*f* a des conséquences plus sérieuses. Il était facile de lire dans la version médiévale d'Avicenne, au lieu d'*alsirengi*, *alfirengi* ou *alfarengi*, « le (mal) franc » et d'en tirer des conclusions erronées sur la mention de cette maladie par les Arabes, comme une des espèces de la *safa*, plus de quatre siècles avant Colomb.

* * *

Pour ne pas allonger outre mesure cette étude, je laisse de côté la question de la ressemblance de certaines des manifestations externes du « nouveau mal », de l'avis même de Villalobos, avec les symptômes du début de la lèpre donnés par Avicenne. Il n'y a pas grand'chose à tirer de cette comparaison, malgré que les partisans de l'antiquité de la syphilis prétendent que la quatrième espèce de lèpre des anciens auteurs, l'éléphantiasis, soit le nom sous lequel la

vérole était connue. De même que les médecins arabes ont distingué la *safa* de la lèpre, Villalobos et plusieurs de ses contemporains ont parfaitement séparé celle-ci de la syphilis, les deux maladies coexistant à leur époque.

Mais il me reste à parler brièvement des œuvres de deux écrivains arabes de qui M. J. Montpellier, dans son rapport au Congrès d'Alger, dit qu'à leur lecture (et à celle d'Abulcasis) « on se garde difficilement de penser à des manifestations syphilitiques, décrites sous des appellations diverses et étiologiquement imprécises ». Ce sont Ibn al-Baitâr et « Sidi Siouti ».

L'œuvre du premier d'entre eux, le grand botaniste et voyageur andalou du XIIIe siècle est à la disposition de chacun dans la traduction si documentée qu'en a laissé le docteur Lucien Leclerc dans les *Notices et extraits des manuscrits de la Bibliothèque Nationale* (3 vol., Paris 1877-1883). Le texte de ce grand *Traité des Simples* est également abordable aux arabisants dans pas mal de bibliothèques. Mon collègue M. Georges S. Colin et moi en avons étudié par le menu un exemplaire pour la préparation de notre récent *Glossaire de la matière médicale marocaine* (Paris, Geuthner, 1934). Notre avis n'est pas différent de celui de H. Gauthier qui a recherché dans la traduction Leclerc tout ce qui pouvait, de près ou de loin, se rapporter au traitement de la syphilis. Le mercure, en particulier, remis en honneur par les médecins arabes et employé surtout dans le pansement des plaies de « mauvaise nature » et les dermatoses parasitaires ne fournit à Ibn al-Baltâr aucun développement sur un mal dans la cure duquel il allait connaître des succès bien autrement probants.

Enfin, qui est « Sidi Siouti » ? Rien qu'à la façon dont ce nom est transcrit, on voit qu'il s'agit de l'auteur supposé de l'ouvrage intitulé : *Livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé*, traduction française publiée pour la première fois dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, en 1856, par Florian Pharaon, officier interprète de l'Armée d'Afrique et le docteur A. Bertherand, d'un petit traité de médecine populaire et d'hygiène très connu, le *Kitâb ar-rahma fi t-tibb wa l-hikma*. J'ai déjà signalé à la *Société française d'histoire de la médecine* (juillet-août 1933) l'attribution fautive au célèbre écrivain égyptien du XVe siècle,Jalal ad-dîn as-Suyûtî (originaire de Syout), non seule-

ment de l'ouvrage primitif, en cinq chapitres, comme dans la traduction précitée, mais aussi des rédactions augmentées, telles qu'elles figurent dans les éditions égyptiennes modernes, si répandues dans toute l'Afrique du Nord.

Il y a longtemps que les orientalistes s'accordent à reconnaître comme auteur du *Livre de la miséricorde*, un écrivain hindou du xive siècle : Jamâl ad-dîn Muhammad al-Mahdî, de Sunpûr au Bengale. Son livre est encore un ouvrage de médecine, mais on ne saurait plus en dire autant des éditions égyptiennes mises sous le nom de Suyûtî où les formules magiques tiennent une place vraiment excessive. La présence d'un certain nombre de mots berbères décèle d'ailleurs l'origine maghribine de l'auteur de ces additions.

Quoi qu'il en soit, j'ai vainement cherché dans l'une et l'autre rédactions un passage qu'on put interpréter en faveur de la syphilis. L'ouvrage primitif ne contient positivement rien de ce genre et, quant à la rédaction moderne, ce serait beaucoup s'avancer que d'inscrire à l'actif de cette opinion le court chapitre 143 consacré à la cure des affections des organes génitaux externes. Il y est question du traitement par la cautérisation chimique de ce que l'auteur nomme la « corruption » (*fasad*) de la verge, sans autre précision On peut évidemment épiloguer sur ce mot « corruption ». Il est possible que des israélites marocains, comme l'indique le docteur Lacapère dans son livre *La syphilis arabe* (Paris, Doin, 1923) emploient l'expression *mrd el fssad* (*sic*), maladie du *fssad* pour désigner la syphilis, mais cet auteur fait certainement une confusion entre deux mots arabes de consonnance voisine, lorsqu'il écrit que « *fssad* signifie vaccine » et que la « maladie du *fssad* est celle des gens qui ne sont pas vaccinés, c'est-à dire la variole ».

Chacun sait que dans tout le monde musulman la variole est appelée, même par les juifs, de son nom arabe de *jedri*. Quand à l'inoculation vaccinale, c'est une pratique moderne qui s'est substituée à la variolisation et n'a pas reçu de désignation spéciale, en dehors des appellations vulgaires qui ont le sens d'« incision », « scarification » et analogues. Or *fasd* (avec un *s* fort) veut dire « saignée » et, par extension, « incision qui fait couler du sang, vaccination ». L'expression *mard al-fasâd* signifie plutôt, à notre avis, « maladie de la débauche », et, en tout cas, on ne saurait

tirer un argument de sa présence dans l'édition moderne du *Livre de la miséricorde*. Fut-il sûrement d'une époque antérieure à 1493, ce passage n'apporterait rien de probant sur la mention de la syphilis par le pseudo « Sidi Siouti ».

*
* *

Les premières indications certaines sur le « mal franc » tirées des ouvrages médicaux des Arabes sont celles qu'on rencontre chez un auteur de basse époque, Dâwûd al-Antâkî (David d'Antioche) et cet écrivain oriental n'a même pas vécu, comme le croit H. Gauthier, à la fin du xve siècle, c'est-à-dire au moment de l'apparition de la syphilis en Europe et en Afrique du Nord, mais au siècle suivant. Pour ce qui est de l'Occident musulman, on n'a eu jusqu'à présent que les renseignements extraits de Léon l'Africain et qui datent du premier quart du xvie siècle. Antérieurement, il faut bien avouer que rien n'autorise à reconnaître la syphilis dans les manifestations précises ou imprécises de maladies générales ou spéciales dont les grands médecins des siècles glorieux de la science arabe nous ont laissé la description.

Rabat, 31 janvier 1934.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1934.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Réflexions sur la neurosyphilis, par Franck (de la Chaux-de-Fonds). *Annales des Maladies vénériennes,* 29e année, n° 5, mai 1934, p. 321.

Des publications de Wagner-Jauregg et de ses élèves, il ressort que l'association de la thérapeutique non spécifique, fébricitante, à la thérapeutique spécifique, donne les meilleurs résultats. Par ordre d'efficacité, ils donnent le virus de la malaria, la tuberculine, le vaccin antityphique de Besredka et divers autres vaccins, enfin les injections de substances protéiques. F. a utilisé le sérum antitétanique associé soit au cyanure de mercure, soit au néosalvarsan (0,02 de cyanure à 2 à 3 centimètres cubes de sérum antitétanique, néosalvarsan dissous dans 5 à 6 centimètres cubes de sérum antitétanique). Après avoir constaté que l'application de cette méthode n'offrait pas de danger, ils l'ont appliquée dans 4 cas de paralysie générale précoce. Un malade a été amélioré cliniquement et sérologiquement, 2 l'ont été moins, chez le 4e, aucune amélioration clinique, mais amélioration sérologique.

Lorsqu'il est impossible d'appliquer la malariathérapie, cette méthode, on le voit, offre des ressources incontestables. F. rappelle ses travaux de 1924, montrant la difficulté de provoquer la température chez les paralytiques généraux, leur résistance aux infections diverses, l'existence probable de plusieurs espèces de spirochètes inégalement résistants, enfin la difficulté de faire pénétrer les médicaments parasiticides dans le système nerveux, qui serait protégé par une barrière électivement infranchissable ; la barrière hémato-encéphalique de Stern.

H. Rabeau.

Syphilis arséno-récidivante et arséno-résistante psoriasiforme avec séro-réaction négative et liquide céphalo-rachidien normal, par H. Gougerot et G. Boudin. *Annales des Maladies vénériennes,* 29e année, n° 5, mai 1934, p. 343.

Nouvel exemple de cette forme bien décrite par Gougerot et ses collaborateurs. Cette syphilis n'est pas seulement dermotrope, il y a ptosis bilatéral avec liquide céphalo-rachidien normal. L'éruption se produit

au cours d'une deuxième cure de 914. L'âge de la syphilis dans ce cas est inconnu ; l'éruption était prurigineuse. On peut invoquer, pour expliquer cette arséno-résistance, l'insuffisance de la première cure (dose maxima 0,60), et son irrégularité. Les intradermo-réactions positives montrent que cette malade n'était pas anallergique.

H. RABEAU.

Influence heureuse d'une éruption généralisée sur une syphilis récente et négativation du Bordet-Wassermann, par GOUGEROT, S. BOULLE et DUGRENOT. *Annales des Maladies vénériennes*, 29e année, n° 5, mai 1934, p. 347.

Intéressante observation d'une syphilis jeune avec réaction de Bordet-Wassermann fortement positive qui fait le 9e jour une éruption morbilliforme localisée aux mains avec 40°3 de fièvre, puis 9 jours après une seconde éruption morbilliforme généralisée avec 40°, catarrhe oculo-nasal, sans angine, suivie de desquamation scarlatiniforme des mains et des pieds. « Est-ce une infection biotropique survenue 18 jours après le début du traitement et 9 jours après la première poussée fébrile ? C'est probable. » Il ne s'agit probablement pas d'une rougeole atypique, ni d'une éruption toxique (cuti et épidermo-réactions à l'arsenic négatives). Ce qui importe, c'est la baisse rapide des réactions sérologiques sans rapport proportionné à l'intensité du traitement (1,50 de novarsénobenzol en 9 jours et 2 grammes de moranyl). Les auteurs invoquent l'intensité de la défense cutanée (intradermo-réaction à la tuberculine et au sérum de cheval fortement positive). H. RABEAU.

Epulis révélatrices de syphilis méconnue, par M. DECHAUME. *Annales des Maladies vénériennes*, 29e année, n° 8, mai 1934, p. 351.

Deux observations de tumeurs hyperplasiques chez des syphilitiques à propos desquelles D. attire l'attention sur la nécessité de rechercher en présence d'une épulis la formule sanguine, les temps de saignement et de coagulation. Lorsque la syphilis sera confirmée, le traitement sera d'abord institué contre la syphilis et contre les troubles sanguins. Ce n'est qu'après quelques mois de cette thérapeutique que l'excision de l'épulis sera réalisée de façon économique en conservant les dents si le processus inflammatoire ne les a pas trop ébranlées.

H. RABEAU.

Annales de Médecine (Paris).

Le prurit localisé par injection intraveineuse d'un aminophénol arsénié, par P. CHEVALLIER. *Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 3, mars 1934, pp. 228-239.

Ce mémoire étudie la curieuse réaction que produit l'injection intraveineuse d'hectine sous forme de prurit anal et génital apparaissant 20 à 30 secondes après l'injection et durant une vingtaine de secondes.

Les autres localisations du prurit sont exceptionnelles. Son absence infiniment rare aussi ne se voit guère que dans les lésions graves du système nerveux. Chez des paralytiques généraux et des tabétiques, elle a une sorte de valeur pronostique. Elle est normale chez les individus atteints de prurit périnéal et ne paraît pas influencer leur affection. Elle se présente comme un phénomène sympathique, mais son mécanisme reste obscur. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Réflexions sur la durée du traitement de la syphilis, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 48e année, n° 19, 12 mai 1934, p. 301.

A propos d'un malade atteint de paralysie du droit interne de l'œil gauche qu'il a observé et qui avait, après un traitement sévère, été considéré comme guéri, l'auteur passe en revue les divers codes de thérapeutique édictés. Fournier, par la seule observation clinique, avait créé sa méthode intermittente et prolongée ; l'école lyonnaise restait fidèle à cette méthode. En réalité, il existe des syphilis graves, il en existe de moyennes, de bénignes, mais nous n'avons aucun moyen de le savoir au début. Il faut donc se comporter comme si la syphilis devait être sévère, puis par la suite habituer le malade à l'idée d'une surveillance annuelle et d'un traitement d'entretien.

H. Rabeau.

Nouvelles observations d'épidémies de varicelle survenues après des cas de zona, par P. Armand-Delille, Fohanno et Gavois. *Bulletin Médical*, 48e année, n° 20, 19 mai 1934, p. 313.

Dans un préventorium de 70 lits, à la suite d'un cas de zona, 22 cas de varicelle. A l'hôpital Herold, un premier zona le 9 novembre, un second le 21 novembre, une varicelle le 7 décembre. L'épidémie ne s'est pas étendue car on avait procédé à un isolement.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

Troubles nerveux consécutifs à une encéphalopathie arsénobenzolique, par A Sézary et A. Durcy. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 50e année, n° 15, 4 mai 1934, p. 623.

Observation d'une jeune femme syphilitique qui, traitée depuis 2 ans par le novarsénobenzol qu'elle supportait assez mal, fait au cours d'une troisième série d'injections, trois jours après une troisième injection de 60 centigrammes, une encéphalopathie arsenicale caractérisée par un coma qui dure quatre jours. Revenue à elle, elle est atteinte d'une dysarthrie rappelant celle de la sclérose en plaques, d'un syndrome

pyramidal (état spasmodique et signe de Babinski bilatéral) et d'incontinence d'urines. H. RABEAU.

Prurit sénile et azotémie, par A. SÉZARY et P. LEFÈVRE. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 30e année, n° 15, 14 mai 1934, p. 620.

Le prurit chez les viellards a pu être considéré comme un signe d'insuffisance des émonctoires, Dieulafoy le rangeait dans la série des « petits signes du brightisme ». Les auteurs ont dosé l'urée chez 25 sujets atteints de prurit sénile et âgés de 60 à 92 ans. Dans 85,7 o/o des cas, le chiffre d'urée était normal. Cette conclusion concorde avec l'inefficacité habituelle des régimes hypoazotés ou hypotoxiques. Les auteurs ont obtenu de bons résultats par les médications de choc comme les injections d'huile soufrée. Hallé a eu des résultats encourageants avec le silicate de soude à dose de 2 centimètres cubes d'une solution à 1/200e en injections intraveineuses. H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

Les traitements physiothérapiques et biologiques du cancer cutané, par E. JUSTER. *Journal de Médecine de Paris*, 54e année, n° 18, 3 mai 1934.

J. a obtenu des résultats intéressants dans le traitement du cancer cutané par la lécithine irradiée. Le résultat de l'irradiation de la lécithine serait la formation d'un corps qui se rapproche de la lysocythine, substance qui intervient dans l'action curative du venin de cobra.

H. RABEAU.

Paris Médical.

Un cas de syphilis pulmonaire, par A. COURCOUX et J. LEREBOULLET. *Paris Médical*, 24e année, n° 7, 17 février 1934, pp. 164-167, 4 fig.

Malade de 64 ans chez qui la présence d'une gomme cutanée fait faire le diagnostic d'une syphilis pulmonaire occupant un des sommets tout entier. Il existait en outre une méningite syphilitique discrète, des lésions anatomiques de syphilis hépatique, un cancer de l'astomac avec noyaux secondaires dans les poumons. Les auteurs joignent à l'observation clinique les protocoles détaillés de l'examen nécropsique et des coupes histologiques faites par le professeur Letulle.

A. BOCAGE.

Physiologie normale et pathologique du pigment cutané, par J. MEYER. *Paris Médical*, 24e année, n° 8, 24 février 1934, pp. 175-179.

Excellente revue générale, courte et claire, avec indication des références bibliographiques les plus récentes. A. BOCAGE.

Traitement du zona, par G. Milian. *Paris Médical*, 24e année, n° 8, 24 février 1934, pp. 179-181.

Curieuse observation d'un zona cervico-dorsal très douloureux chez une femme qui voit ses souffrances exacerbées par le 914 essayé à deux reprises et calmées en une heure par le cyanure de mercure.

Des trois hypothèses qu'il propose pour expliquer cette évolution : 1° le germe du zona est sensible au mercure comme à l'arsenic ; 2° le zona est de nature syphilitique ; 3° il y a eu effet hétérothérapique, c'est-à-dire guérison du zona parce que la malade était une syphilitique méconnue, l'auteur ne retient comme seule valable que la première.

Mais s'attachant uniquement à l'action spécifiquement antimicrobienne des médications employées, il n'envisage pas leur influence sur l'ensemble de l'organisme et ne soulève pas, à propos de cette malade, migraineuse, lithiasique biliaire, la question des effets inverses des arsénobenzènes et du cyanure de mercure sur les fonctions hépatiques.

A. Bocage.

L'énurésie, son étiologie, par M. Pinard. *Paris Médical*, 24e année, n° 9, 3 mars 1934, pp. 195-197.

L'auteur trouve pour l'énurésie une origine syphilitique certaine dans 44 o/o des cas, très probable dans 32,7 o/o, soupçonnable dans 16,1 o/o : total 77 o/o de cas relevant de la syphilis. La sérologie est positive dans 34 o/o des cas.

Sur 125 procréateurs ayant eu de l'énurésie, 82 ont eu des accidents dans leur descendance : fausses couches répétées, expulsion de fœtus morts et macérés, enfants prématurés et débiles, etc.

A. Bocage.

La pyrétothérapie de la syphilis, par Ch. Richet fils et J. Dublineau. *Paris Médical*, 24e année, n° 9, 3 mars 1934, pp. 197-205. Bibliographie.

Revue générale avec quelques cas personnels de traitement chimiopyrétique de syphilis récentes, mais pour lesquels le recul nécessaire manque encore, puisque la période d'observation consécutive au traitement n'est encore que de quelques mois pour la plupart.

A. Bocage.

Notes anatomo-cliniques sur quelques types de syphilis musculaire : contractures précoces, rétractions tardives, par Favre, Noel et P. Michel. *Paris Médical*, 24e année, n° 9, 3 mars 1934, pp. 210-214.

Deux observations intéressantes :

La première est un cas simulant une paraplégie en flexion, mais sans modification de la réflectivité chez un syphilitique présentant par ailleurs des localisations viscérales multiples.

La deuxième, plus complète, est analogue : flexion permanente des jambes sur les cuisses avec intégrité du système nerveux et des articulations ; par ailleurs, syphilis viscérales variées.

Ici, l'examen histologique des muscles de la face postérieure de la cuisse a été fait, montrant des îlots de myosite, caractérisée par des altérations des fibres musculaires, et transformation en tissu fibro-adipeux assez particulier, lésions dont les auteurs donnent une description détaillée. A. BOCAGE.

Bronchite syphilitique. Traitement d'épreuve. Guérison, par E. LORTAT-JACOB. *Paris Médical*, 24e année, n° 9, 3 mars 1934, pp. 214-215.

Intéressante observation d'une femme de 69 ans qui, à la troisième année de sa syphilis, fait à l'occasion d'une grippe une bronchite prolongée avec sclérose pulmonaire importante que guérit seulement un traitement antisyphilitique, dont les premières injections donnèrent lieu à des poussées d'encombrement bronchique impressionnantes.
A. BOCAGE.

Presse Médicale (Paris).

Sur le cancer de la verge, par CH. LENORMANT. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 36, 5 mai 1934, p. 723.

L. a eu l'occasion de voir et d'opérer 12 malades atteints de cancer de la verge, qui pourtant est un cancer rare. Il donne ici une belle revue générale de la question, tant au point de vue clinique que thérapeutique. H. RABEAU.

Présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang d'un malade atteint depuis 10 ans de parapsoriasis. Guérison presque complète par le vaccin de Vaudremer et les sels d'or, par P. RAVAUT et H. RABEAU. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 41, 23 mai 1934, p. 837, 4 fig.

Civatte, dans sa thèse en 1906, en s'appuyant sur ses observations cliniques et histologiques, orientait le diagnostic du parapsoriasis vers la tuberculose. Les réactions focales à la suite d'injection de tuberculine observées par Gavrilowa (1916) et Gay Prieto (1928) ; les résultats thérapeutiques obtenus par les sels d'or signalés par Gougerot et Carteaud (1931) et Civatte, tendaient à confirmer indirectement l'opinion de Civatte. Les auteurs ont pu mettre en évidence par inoculations au cobaye et passages successifs pendant 9 mois, la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang d'un malade atteint depuis 9 ans de parapsoriasis en plaques. L'aspect histologique des lésions, les réactions focales dont elles ont été le siège à la suite des injections d'ultra-virus et de vaccin de Vaudremer, les résultats thérapeutiques paraissent suffisants pour établir le lien qui les unit à la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang du malade. H. RABEAU.

La ponction sous-occipitale, sa technique, ses avantages, par H. TOURAINE. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 43, 30 mai 1934, p. 883, 2 fig.

Dans cette note de médecine pratique, T. montre les avantages de la

ponction sous-occipitale, il en précise la technique, en particulier une technique personnelle, ponction sous-occipitale haute qui lui paraît la plus sûre.

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

L'intradermo-réaction de Frei, par P. Chevallier et A. Fiehrer. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 10e année, n° 2, février 1934, pp. 68-84. Bibliographie.

Excellente revue générale, complétée d'aperçus personnels de l'auteur qui en a une longue pratique. Il insiste sur la nécessité d'une lecture tardive du résultat, 4e jour ou plus, et montre le très grand intérêt pratique et théorique de la réaction de Frei.

A. Bocage.

Le rôle de la syphilis congénitale dans l'albuminurie orthostatique, par L. J. Stern. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 10e année, n° 2, février 1934, pp. 85-92, 2 tableaux. Bibliographie.

Bonne revue générale dont les conclusions sont : l'albuminurie orthostatique s'observe souvent dans la syphilis congénitale, surtout dans la forme dystrophique. L'albumine orthostatique ne représente point une manifestation de la syphilis congénitale, comme le prouvent d'une part sa rareté relative dans la forme active de l'infection tréponémique et d'autre part le fait qu'elle n'est pas influencée par le traitement spécifique. Elle n'est que l'expression d'une espèce de dystrophie rénale et peut à ce titre être rattachée aux signes de probabilité de la syphilis.

A. Bocage.

Superinfection syphilitique. Guérison des accidents d'une syphilis héréditaire méconnue par le traitement de la syphilis acquise, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 12e année, n° 2, février 1934, pp. 93-97.

Après un court historique de la question de la réinfection syphilitique, l'auteur apporte trois observations montrant la guérison, à l'occasion du traitement d'une syphilis acquise plus ou moins récente, d'accidents anciens en rapport avec une syphilis héréditaire.

A. Bocage.

Bruxelles Medical.

Des modifications dentaires de l'hérédo-syphilis, par Vais. *Bruxelles Médical,* 14e année, n° 27, 6 mai 1934, p. 868.

Une infinité de causes peuvent entraîner des dystrophies dentaires et parmi celles-ci aucune n'est pathognomonique d'hérédo-syphilis, sauf peut-être la dent d'Hutchinson qui devient une certitude quand elle est accompagnée d'autres manifestations auriculaires et oculaires.

H. Rabeau.

Syphilis et tuberculose, par F. BAUER. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 28, 13 mai 1934, p. 898.

B. étudie les ressemblances et dissemblances des deux maladies ; leurs influences réciproques sont encore insuffisamment connues, et il y a, selon les cas, une gamme variable allant de l'influence nulle jusqu'aux effets néfastes. La thérapeutique des formes hybrides varie suivant les cas. H. RABEAU.

Notions d'immunité dans la syphilis expérimentale, par A. BESSEMANS. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 29, mai 1934, p. 919.

Qu'il s'agisse de l'homme ou de l'animal, la notion d'immunité naturelle doit faire place, pour B., dans un grand nombre de cas, sinon la totalité, à celle plus véridique de syphilis inapparente. Ceci est d'importance capitale tant pour le chercheur et le thérapeute que pour l'hygiéniste et le sociologue. Les observations de B. concordent avec la théorie sur la prémunition antisyphilitique expérimentale, telle que Kolle et ses collaborateurs furent les premiers à la formuler. S'il devait être exact que tout ait lieu similairement chez l'homme, l'on comprendrait la rareté clinique des infections secondes apparentes même après une cure chimiothérapique intensive. Il y aurait lieu d'insister, avec les auteurs précités, sur l'impossibilité de la stérilisation tardive, ainsi que sur l'existence de la surinfection inapparente. L'on s'exposerait à de graves mécomptes en retardant le début du traitement spécifique, sous le vain prétexte de ne pas contrecarrer l'existence d'une véritable immunité. H. RABEAU.

Bulletin de la Societe Medicale des Hôpitaux Universitaires de Quebec.

Un cas de syphilis probable de l'estomac, par C. VEZINA et R. MAYRAUD. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, n° 1, janvier 1934, pp. 11-14.

Histoire d'ulcus pylorique avec masse assez volumineuse, traité d'abord par gastro-entérostomie et réopéré pour adhérences. Ultérieurement, l'apparition d'une gomme inguinale ulcérée fait faire un traitement bismuthique qui guérit en même temps rapidement les troubles digestifs. A. BOCAGE.

Erythème noueux et tuberculose, par R. DESMEULES. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, n° 1. janvier 1934, pp. 15-22.

Trois courtes observations montrant les relations étroites de l'érythème noueux et de la tuberculose à tous ses stades.

A. BOCAGE.

A propos d'une observation de nodosités sous-cutanées, par A. Rousseau et E. Marin. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, n° 2, février 1934, p. 54-58.

Chez un cardio-rénal existent de petites nodosités intradermiques apparues dans une phase d'asystolie évoluant en une quinzaine de jours et laissant une fine cicatrice ; trente éléments ont apparu en quelques mois sans fièvre. Histologie peu caractéristique : au centre, une artère altérée.

Les auteurs estiment que cette lésion ne se rattache directement ni à l'érythème noueux, ni aux nodosités d'Osler ni à la péri-artérite de Kussmanol.

A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift.

Etude critique sur la transmission expérimentale du mycosis fongoïde (Kritischer Beitrag zur experimentelle Uebertragung der Mycosis fungoides), par E. Zurhelle. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 2, mai 1934, p. 65. 4 fig.

Z., partant de deux malades atteints de mycosis fongoïde, a repris pour son compte les inoculations à l'animal (cobayes, lapins) de fragments prélevés sur l'homme. Les résultats sont très irréguliers ; dans une seule et même série d'animaux les uns meurent sans présenter de lésions ni au point d'inoculation ni dans les ganglions ; les autres, les moins nombreux, montrent des nodules ou de l'infiltration dans le poumon, le foie, la rate. Ces lésions appartiennent vraisemblablement au mycosis par leur morphologie. Chez un cobaye, il obtient, de la rate, une culture pure ; cet animal avait été inoculé avec un nodule splénique d'un premier cobaye inoculé lui-même avec un nodule prélevé à l'autopsie sur le foie d'un malade. Par injection sous-cutanée de cette culture, Z. détermine des lésions au point d'inoculation, dans les poumons, le foie et la rate. A noter que ce germe est voisin de celui obtenu dans le suc tissulaire d'une lésion développée chez un deuxième malade. La culture est un paratyphique B ; le bacille provenant du deuxième malade un bacile pseudo-tuberculeux (*b. p. rodentium*). Au point de vue anatomique, les lésions expérimentales ainsi produites sont à rapprocher des tumeurs pauvres en leucocytes, « du genre mycosis », qu'on détermine parfois par l'inoculation des fragments humains.

L. Chatellier.

Un nouveau cas de pellagre (Ein neuer Fall von Pellagra), par H. Boas. *Dermatologische Zeitschrift.*, t. LXIX, f. 2, mai 1934, p. 84, 2 fig.

Cas typique de pellagre avec troubles psychiques, entérite et lésions cutanées caractéristiques, que le traitement par le foie et les vitamines guérit.

L. Chatellier.

Scorbut avec lésions cutanées pellagroïdes (Skorbut mit pellagroiden Hauterscheinungen), par F. Sagher. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 2, mai 1934, p. 86.

S. rapporte l'observation d'un scorbut qui présente, en plus, de la kératose folliculaire hémorragique, des lésions cutanées (érythème), desquamation) décrites comme pellagroïdes. Le traitement par les vitamines fait rapidement disparaître et le scorbut et les manifestations cutanées, qui sont donc à rattacher à une carence en vitamine.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Contribution à la pathologie des maladies des vaisseaux cutanés. 1er Mémoire : Les altérations tissulaires dans un exanthème gonococcique hémorragique avec étude particulière des lésions vasculaires (Beiträge zur Pathologie der Gefässerkrankungen der Haut. I. Mitt. Die geweblichen Veränderungen beim hämorrhagischen Gonokokkenexanthem mit besonderer Berücksichtigung der Gefæssverænderungen), par A. Wiedmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 18, 5 mai 1934, p. 541, 5 fig.

Chez un malade de 32 ans, apparaît, à la 5e semaine d'une blennorragie, un érythème centré par une vésicule hémorragique, d'origine gonococcique. Au microscope, on trouve de l'œdème, de l'infiltrat péri-vasculaire à polynucléaires et à lymphocytes ; et surtout, dans la région centrale de l'élément, des altérations vasculaires portant sur les veines et les artères et se traduisant par une thrombose partielle, un gonflement et une infiltration de la paroi vasculaire ; par son homogénéisation qui aboutit à de la nécrose pariétale et péri-vasculaire, à la nécrose du tissu péri-vasculaire, à son inondation par le sang épanché ; et par des altérations graves de l'endothélium allant du gonflement des cellules à un décollement plus ou moins étendu. W. rapproche ces constatations de celles de Rössle dans le rhumatisme. L. Chatellier.

Sur les cellules d'Unna dans les condylomes acuminés (Ueber die Unnaschen Zellen in den Herden von Condyloma acuminatum), par K. Rejtœ et T. Wlassics. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, no 18, 5 mai 1934, p. 554, 3 fig.

Les cellules décrites par Unna sous le nom de cellules X ne sont que des produits incomplets de kératose, qui se développent dans les couches profondes de l'épiderme. Elles ne sauraient jouir de la mobilité que leur accorde Unna pour la raison qu'elles restent en liaison avec les cellules environnantes grâce à leurs ponts intercellulaires, sans parler de leur caractère dégénératif. Les cellules en X que les auteurs ont vu reliées entre elles par des prolongements, ne doivent cet aspect qu'à l'action passive du voisinage. Dans les couches superficielles du *stratum granulosum*, ces cellules rappellent morphologiquement les cellules de

Langerhans. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour trancher la question de l'identité ou de l'autonomie de ces deux espèces cellulaires. L. CHATELLIER.

L'antigène lymphogranulomateux employé dans la réaction de déviation du complément de Wassermann (Lymphogranuloma inguinale-Antigen als Rezeptor in der Wassermannschen Komplementbind-ungsreaktion), par E. COUTTS, LANDA PERRONI et J. MARTINI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 18, 5 mai 1934, p. 558.

A l'intradermo-réaction de Frei, les auteurs ont voulu comparer une réaction d'hémolyse où ils se sont servi comme antigène, de l'antigène préparé du pus dilué 30 fois dans l'eau phéniquée à 0,5 o/o et, après agitation, centrifugé : et d'un extrait alcoolique de ganglions granulomateux (1 gramme de substance pour 5 centimètres cubes d'alcool à 95° ; extraction à 60°). Sur 15 malades, avec intradermo-réaction positive, 13 résultats positifs ; 4 réactions de Bordet-Wassermann positives. L. CHATELLIER.

L'épreuve cutanée par les papules colorées. II. Partie expérimentale (Die Hautprüfung mittels der Farbquaddeln. II. Die experimenteller Teil), par R. v. LESZCZYNSKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 19, 12 mai 1934, p. 585, 8 fig.

Dans un travail antérieur, L. avait déjà étudié les réactions de la peau saine à une injection intradermique de bleu de trypan, faite dans différents territoires cutanés (*Derm. Woch*, t. XCV, p. 1508, analysé dans ces *Annales*). Ce procédé constitue, d'après l'auteur, un excellent mode d'investigation du tissu réticulo-endothélial cutané. Dans la série des expériences de l'article actuel, il étudie les variations apportées à la résorption du bleu trypan par l'adjonction de diverses substances : NaCl à 1,2 o/o, à 2,4 o/o ; glucose à 0,2 o/o ; histamine à 1/100.000^e, à 1/10.000^e ; urée à 1 et à 2 o/o ; acide urique à 0,008 et 0,016 o/o ; cystéine à 1/10.000^e ; tryptophan à des taux allant de 0,2 à 2 o/o ; bilirubine à 1/10.000^e et 1/1.000^e ; acide oxalique, acétylcholine, adrénaline, caféine, morphine, etc. La résorption est accélérée nettement par l'histamine, la lécithine, l'acide oxalique ; modérément par la cystéine, l'acide urique, la peptone et la caféine ; aucune influence du tryptophan et de la morphine. Les autres substances ralentissent plus ou moins la résorption. La concentration des substances injectées modifie la résorption dans un sens ou dans l'autre, ce qui prouve qu'il s'agit là d'un processus biologique indépendant de la structure physique. De plus, il existe des variations individuelles pour une même substance. L. CHATELLIER.

Erysipéloïde généralisée. Observation s'étendant sur 29 mois avec autopsie (Generalisiertes Erysipeloid. Bericht über einen 29 monate dauernden Fall-mit Sektionsbefund), par J. v. KLAUDER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 20, 19 mai 1934, p. 613, 3 fig.

Après inoculation à l'index droit, par dent de poisson, se développe, chez un médecin de 55 ans, un érysipéloïde qui gagne progressivement les mains, l'avant-bras et le bras malgré la sérothérapie. Se prennent dans les mois qui suivent, le tronc, le cou, les fesses, les cuisses. L'érythème varie d'intensité et de configuration ; à lui s'ajoutent des douleurs articulaires, puis de l'asthénie, des adénopathies axillaires, inguino-fémorales, de la splénomégalie ; de la maigreur progressive. Après une tentative de suicide infructueuse, le malade meurt au bout d'un mois en hyperthermie et avec un érythème scarlatiniforme. On retrouve l'agent pathogène 15 mois après l'inoculation. A l'autopsie, noyau d'épithélioma hépatique ; lésions d'hépatite, de néphrite modérées. Tous les traitements essayés : sérothérapie, vaccinothérapie spécifique et non spécifique se sont montrés inefficaces. L. Chatellier.

Traitement des gelures par les ondes courtes (Behandlung von Erfrierungen mit Kurzwelle), par Bürkmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, nº 20, 19 mai 1934, p. 622.

B. décrit la technique qu'il a employée chez 10 malades présentant des gelures d'intensité variable. Il a obtenu rapidement de bons et durables résultats, même dans les gelures avec grosse phlycténisation.

L. Chatellier.

Sur les images de dessiccation de la tuberculine et de ses solutions (Ueber das Trockenbild des Tuberkulins und seiner Verdünnuagen), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, nº 21, 26 mai 1934, p. 641, 5 fig.

H. fait dessécher la tuberculine pure humaine et bovine, et ses différentes solutions (dans le sérum, le liquide, etc.), à l'étuve à 37° pendant 15 minutes. Il obtient ainsi des formes de cristallisation qui varient selon l'espèce originelle, et selon les solutions ; ces formes sont assez caractéristiques pour permettre une différenciation précise.

L. Chatellier.

Etiologie et traitement général de l'acné vulgaire (Ætiologie und allgemeine Behandlung der Acne vulgaris), par E. Delbanco. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, nº 21, 26 mai 1934, p. 645.

D. présente ici quelques remarques sur le travail de D. v. Kemery (*Derm. Woch.*, t. XCVIII, nº 8, 1934) portant le même titre. Tout en rejetant les conceptions de Kemery sur certaines formes d'acné (qui ne sont que des tuberculides) et tout en faisant des réserves sur la pathogénie univoque de Kemery, D., rappelant les travaux de Ramel et ses propres constatations, admet que l'acné vulgaire, surtout dans les formes phlegmoneuses et suffocantes, se développe grâce à un « facteur constitutionnel qui est la tuberculose ». D'où l'efficacité du traitement général. L. Chatellier.

Traitement syphilitique intraveineux et infiltrat périveineux au XVIIIe **siècle** (Intravenœse Luesbehandlung und paravenœse Infiltrat im 17. Jahrhundert), par E. Seckendorf. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n⁰ 21, 26 mai 1934, p. 652.

Après les travaux de Harvey sur la circulation sanguine, l'emploi de la médication intraveineuse chez l'animal a été tenté dès 1656 par Wren, Boyle et Wilkins en Angleterre, Fracassati en Italie, Schott, Sachs v. Lewnheimb, Major, Elsgholtz en Allemagne. C'est Major le premier qui en fit l'essai chez l'homme en 1664, suivi par Ettmüller et Purmann.

Purmann rapporte la guérison d'un syphilitique par l'injection intraveineuse d'une décoction de scammonée et de gaïac ; le traitement avait été appliqué par Elszholtz. Autres observations de Major et Ettmüller.

La technique est intéressante : comme seringue une vessie, remplie du liquide à injecter, munie d'une canule fine (*fistula ex ossiculis alaudarum facta, vesicæ bovinæ adaptata*) qu'on introduit dans la veine préalablement dénudée. On retrouve dans ces vieux textes les prescriptions minutieuses sur les précautions à prendre pour s'assurer qu'on est bien dans la veine (reflux sanguin), pour injecter le liquide, pour prévenir et traiter les injections péri-veineuses. Déjà la « fistula » est remplacée par une canule en argent, coudée !

L. Chatellier.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

La cheilitis glandulaire comme affection cancérigène accidentelle (La queilitis glandular como afeccion cancerigena accidental), par J. Bejarano. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, n⁰ 7, p. 535, 6 fig.

La plupart des épithéliomas de la lèvre inférieure appartiennent à la catégorie des spino-cellulaires. L'auteur en a observé quelques-uns que leur structure permet de rattacher aux formes intermédiaires. Dans le cas qui fait l'objet du présent travail, un épithélioma de type baso-cellulaire répond à la dégénérescence maligne de glandes salivaires hétérotopiques hypertrophiées siégeant dans la lèvre inférieure.

Ce serait cependant une erreur de n'admettre comme épithéliomas engendrés par la cheilitis que ceux dont la structure est baso-cellulaire. Des épithéliomas spino-cellulaires peuvent se développer aux dépens de l'épithélium de revêtement des tubes glandulaires, comme l'ont montré Touraine et Solente.

D'après l'auteur, les relations entre l'épithélioma et la cheilitis peuvent être fixées de la manière suivante :

Il range dans un premier groupe les épithéliomas de la lèvre inférieure spino-cellulaires, ou, moins fréquemment intermédiaires, coïncidant avec une cheilitis glandulaire sans que celle-ci intervienne dans leur genèse.

Un deuxième groupe réunit les épithéliomas glandulaires purs, de

type baso-cellulaire qui ont leur point de départ dans les glandes hétérotopiques et hyperplasiques de la cheilitis.

Un troisième groupe répond à des épithéliomas spino-cellulaires également en rapport avec la cheilitis, mais dont l'origine se trouve dans l'épithélium de revêtement des tubes glandulaires.

Le titre primitif donné par B. à son travail était : la cheilitis glandulaire comme affection précancéreuse. Celui d'affection cancérigène accidentelle lui paraît préférable, car il ne présuppose pas une évolution fatale vers le cancer. J. MARGAROT.

Réactions positives non spécifiques dans les affections vénériennes non syphilitiques (Positividades inespecificas en venereopatias no sifiliticas), par Enrique ALVAREZ SAINZ DE AJA, Miguel FORNS CONTERA et Pelayo GOMEZ MARTINEZ. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, n° 7, p. 543.

Les auteurs étudient les réactions sérologiques positives non spécifiques au cours des affections vénériennes non syphilitiques (chancrelle, blennorragie, végétations, phagédénisme, maladie de Nicolas-Favre et adénites inguino-crurales diverses). De ce groupe sont exclues les syphilis ignorées, découvertes par la sérologie et ratifiées par la clinique et la thérapeutique.

Les réactions pratiquées ont été : la réaction de Bordet-Wassermann, les deux réactions de Meinicke, la réaction de Kahn et celle de Müller.

Les recherches portent sur 7.000 sujets. Elles établissent que les « positivités fausses » sont chez les vénériens non syphilitiques beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croirait.

Le pourcentage global varie de 1 pour 500 cas, avec la réaction de Müller-ballon, à 1 pour 175 avec la réaction de Kahn. Entre ces deux chiffres extrêmes, on trouve le Bordet-Wassermann avec 1 cas pour 389, le M. T. R. avec 1 cas pour 285 et le M. K. R. avec 1 cas pour 212.

Ces faux résultats positifs ne sauraient entraîner d'erreurs, car ils sont très souvent fragiles et ne résistent pas à l'épreuve d'une nouvelle réaction. Pour éviter toute confusion, l'utilisation simultanée de plusieurs techniques est indispensable. Seul un spécialiste en vénéréologie a qualité pour interpréter les cas douteux. J. MARGAROT.

Syphilis et accidents du travail (Sifilis et accidentes de trabajo), par JAVIER M. TOME BONA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, n° 7, p. 553.

Le progrès de la législation sociale dans tous les pays met à l'ordre du jour les relations de la syphilis avec les traumatismes.

L'auteur fait un résumé historique du problème. 12 observations personnelles lui permettent d'affirmer qu'un traumatisme peut dans certains cas provoquer sur place l'apparition de syphilides secondaires ou donner à des éléments éruptifs une intensité plus grande sur la région traumatisée.

Des syphilides tertiaires peuvent survenir dans des conditions analogues. Elles revêtent habituellement l'aspect ulcéro-gommeux et

paraissent avoir une certaine prédilection pour les zones cicatricielles.

Contrairement aux conclusions de Devillée, l'auteur n'a noté aucune influence fâcheuse de la syphilis sur l'évolution des plaies. Il signale d'autre part que les fractures survenues chez les sujets atteints de syphilis en activité se consolident dans les délais habituels.

J. MARGAROT.

La vaccinothérapie gonococcique dans les complications blennorragiques et son influence sur la vitesse de la sédimentation globulaire (La vacunotérapia gonococica en las complicaciones blennorragicas y su influencia en velocidad de sedimentation globular), par Eduardo de GREGORIO et Joaquin MURUA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, n° 7, p. 570.

Les auteurs étudient la valeur thérapeutique de divers vaccins antigonococciques en fonction de la vitesse de sédimentation des hématies. Le phénomène, augmenté dans les complications blennorragiques, est modifié plus ou moins rapidement suivant le pouvoir antigénique des vaccins utilisés.

Sa recherche fournit un critère de leur activité. Elle permet à la fois un choix judicieux et un contrôle de l'efficacité du traitement.

J. MARGAROT.

Réserve alcaline dans la lèpre (Reserva alcalina en la lepra), par M. HERRERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, n° 7, p. 582.

L'auteur a étudié la réserve alcaline chez 74 lépreux. D'une manière générale, le chiffre moyen « indicateur de la réaction actuelle acido-basique » est diminué ; il y a acidose. Le traitement des accidents par les alcalins est rationnel.

Les chiffres sont plus faibles dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Le taux de la réserve alcaline est abaissé chez les sujets de 30 à 50 ans ainsi que chez les malades atteints de formes nerveuses ou de formes avec prédominance de phénomènes nerveux.

L'acidose s'exagère au cours des lépro-réactions.

Le traitement ne paraît pas influencer beaucoup le taux de la réserve alcaline ; cependant, les sujets traités ont peut-être des chiffres un peu moins bas.

Le régime azoté augmente l'acidose. J. MARGAROT.

Ictère syphilitique précoce (Icterica sifilitica precoz), par J. MANERU. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, n° 7, p. 587.

Un sujet présente un ictère 14 jours après l'apparition d'un chancre syphilitique, ainsi que l'on peut le supposer en se référant à un Bordet-Wassermann faiblement positif obtenu 48 heures après le début de la jaunisse.

Un traitement par le bismuth est institué. La réaction sérologique devient rapidement négative.

Il s'agit d'une hépatite préroséolique. Son début a été vraisemblablement préhumoral. L'auteur préfère à l'appellation d'ictère primaire, celle d'ictère syphilitique précoce, plus imprécise mais moins tendancieuse.

J. Margarot.

Intradermo et séro-réactions gonococciques (Intradermo y serorreactiones gonococicas), par L. De la Cuesta Almonacid. *Actas dermo-sifiliograficas*, 26e année, avril 1934, nº 7, p. 591.

Chez 29 prostituées, l'intradermo-réaction et la gono-réaction donnent 75 o/o de résultats positifs, alors que l'investigation bactériologique ne donne qu'un pourcentage de 50 o/o.

Dans la blennorragie masculine le nombre des séro-réactions positives, faible le premier jour, augmente dans la 3e semaine et s'observe dans 100 o/o des cas compliqués. L'intradermo-réaction oscille de 73 à 80 o/o au cours des mêmes complications.

Les résultats paraissent assez encourageants, surtout en ce qui concerne la séro-réaction.

Si l'existence se confirme d'une phase latente préhumorale, on peut espérer avoir une donnée permettant d'établir la date de l'infection lorsque se pose le problème médico-légal d'une contamination.

J. Margarot.

Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades.

L'intradermo-réaction avec le bacille de Hansen (La intradermorreaction con el bacilo de Hansen), par P. Montanes. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, nº 671, 1934.

L'intradermo-réaction pratiquée avec une émulsion de bacilles de Hansen, obtenue par homogénéisation en solution de Koch à 10 o/o de lépromes triturés, donne 100 o/o de résultats positifs chez les sujets sains ou chez des malades non atteints de lèpre.

Chez les lépreux, le pourcentage des réactions positives est de 14,65 o/o des cas.

La positivité est d'autant plus fréquente que la maladie est plus ancienne. Elle est plus souvent notée dans les cas de lèpre nerveuse pure et dans les formes mixtes avec troubles nerveux importants.

Toutes les intradermo-réactions positives ont été observées chez des lépreux dont la maladie était arrêtée. Inversement, la réaction s'est montrée positive dans 80 o/o des cas dans lesquels la maladie était arrêtée et dans lesquels on ne pouvait déceler de bacilles.

J. Margarot.

La Prensa Médica argentina.

Erythème fixe causé par le néo-salvarsan (Eritema fijo por néosalvarsan), par Carlos Seminario, Juan Pessano et Hugo Bonfiglioli. *La Prensa Médica argentina*, 20e année, 27 décembre 1933, no 52, p. 2693, 3 fig.

A la fin d'une 3e série de néosalvarsan, le malade note l'apparition de taches érythémateuses, prurigineuses, circulaires ou ovales, œdémateuses, disséminées sur les extrémités, occupant surtout le membre supérieur et le tronc. Les plus petites sont larges comme une pièce de 20 centimes. Les plus grandes ont 4 centimètres de diamètre. Elles disparaissent en quelques jours laissant un peu de pigmentation comme trace discrète de leur passage.

La reprise du traitement provoque une coloration rouge subite des taches, qui redeviennent œdémateuses et prurigineuses.

L'auteur passe en revue les différentes explications pathogéniques proposées. Dans le cas qui lui est personnel, les intradermo-réactions effectuées paraissent en contradiction avec l'hypothèse d'une hypersensibilité locale : des résultats positifs ont été obtenus en peau saine et des résultats négatifs sur les taches. J. Margarot.

The American Journal of Syphilis and Neurology.

Le rôle des régimes alimentaires dans la prévention des lésions hépatiques dues à l'arsphénamine (The effect of various diets in preventing liver damage due to arsphenamine), par Beerman. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. XVIII, no 2, avril 1934.

On avait émis l'hypothèse que le régime riche en graisses et en matières azotées prévenait les accidents hépatiques de l'arsénothérapie et que le régime riche en hydrates de carbone y prédisposait. On trouvait ainsi une explication au fait que les accidents hépatiques de l'arsénothérapie étaient plus fréquents dans les classes pauvres.

B., expérimentant sur des rats, ne peut donner confirmation à cette hypothèse. Aucun des animaux soumis à un régime hydrocarboné exclusif n'a présenté de lésions hépatiques après les injections d'arsphénamine. Lorsque les doses étaient très élevées, la mort survenait sans hépatite appréciable.

B. en conclut, de plus, que l'arsphénamine actuelle est moins toxique que l'ancienne puisqu'autrefois on réalisait aisément des hépatites chez les rats. S. Fernet.

Traitement apyrétique de la paralysie générale par les lipoïdes cérébraux et la tryparsamide (General paralysis ; nonfever treatment by cerebral lipoids and tryparsamide), par Hoverson. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. XVIII, no 2, avril 1934, p. 221.

Le traitement appliqué par H. à la paralysie générale découle des expériences de Bergel qui a montré que l'injection intrapéritonéale de

lipoïdes augmentait la production des anticorps antilipoïdiques et par conséquent immunisait contre les tréponèmes dont le corps contient des lipoïdes.

Le traitement a consisté à faire des injections intramusculaires de lipoïdes cérébraux associées ou non à des injections de tryparsamide ; 48 o/o des cas ont été notablement améliorés et 8 o/o légèrement.

S. Fernet.

The Chinese Medical Journal.

Amibiase cutanée ; revue et observations de trois cas observés en Chine (Cutaneous amœbiasis ; a review and report of three cases observed in North China), par Ugai et Frazier. *The Chinese Medical Journal*, vol. XLVII, novembre-décembre, nos 11 et 12, p. 1155.

La majorité des cas d'amibiase cutanée ont été observés sur la paroi abdominale, autour des fistules consécutives à l'ouverture d'abcès du foie. Les trois observations citées par U. et F. concernent des amibiases anales, développées à l'occasion d'effractions antérieures de la peau. Il ne semble, en effet, pas que les amibes puissent pénétrer une couche cornée intacte.

Dans un des cas, il y avait érosions consécutives à une dysenterie récente, dans un autre, des condylomes syphilitiques, dans le troisième, un papillome dont les cryptes étaient particulièrement favorables à la pénétration des amibes.

Dans ces cas de lésions mixtes, le diagnostic peut présenter de grosses difficultés. Les ulcérations amibiennes ont des bords taillés à pic, elles sont très douloureuses, saignent facilement ; seul le microscope peut trancher les cas difficiles.

S. Fernet.

Il Dermosifilografo (Turin).

Observations anthropométriques chez des sujets atteints de maladies cutanées, par Cerchiai. *Il Dermosifilografo*, 10e année, no 5, mai 1934, p. 241, bibliographie.

Les découvertes pasteuriennes ont concentré l'attention sur l'étiologie externe des maladies, et leur étiologie interne s'en est trouvée quelque peu négligée. Cependant, l'importance du terrain ne saurait être méconnue : pour que le facteur extrinsèque puisse entrer en action, des conditions intrinsèques sont souvent indispensables. C'est là un point de vue dont on commence à apprécier l'importance, et celle-ci se vérifie spécialement pour ce qui concerne la dermatologie, car les réactions de la peau sont souvent en rapport avec la constitution de l'individu, qui a été définie par Viola : « l'ensemble des caractères morphologiques et fonctionnels par lesquels une partie de l'organisme ou l'organisme entier se distinguent de tout autre individu ».

L'auteur fait l'historique des études entreprises sur ce sujet, dont une

part importante revient à l'école italienne, les premiers travaux, dus à De Giovanni, remontant à 1876. Puis vinrent ceux de Beneke, Viola, Pende, entre autres.

Viola distinguait trois types constitutionnels fondamentaux : 1° *normotype normosplanchnique ;* 2° *brachytype mégalosplanchnique ;* 3° *longitype microsplanchnique.* Pende a eu le mérite, en outre, de montrer qu'à ces types morphologiques correspondaient des particularités fonctionnelles, notamment dans le domaine endocrinien ; les microsplanchniques, par exemple, étant hyperthyroïdiens, hyposurrénaliques et hypogénitaux ; les macrosplanchniques, au contraire, seraient hypothyroïdiens, hypersurrénaliques et hypergénitaux.

C. a entrepris des recherches personnelles sur ces données, cherchant à déterminer les rapports possibles entre les dermatoses et les types constitutionnels, en se basant sur les caractres anthropométriques.

Ces recherches ont porté sur 197 sujets, atteints de psoriasis, d'eczéma, de lupus vulgaire, de lupus érythémateux, d'épithélioma.

Les résultats ont été les suivants :

1° Si l'on compare les psoriasiques et les eczémateux, il y a, dans le psoriasis, prédominance des caractères mégalo-splanchniques et brachytypiques.

2° Si l'on compare les cas de lupus vulgaire et ceux de lupus érythémateux, c'est la constitution mégalosomique qui prévaut chez les premiers, le type microsomique chez les seconds. Mais il y a chez ces sujets une différence selon les sexes ; le lupus vulgaire, chez les hommes, montre une prévalence moindre des brachytypes, plus grande, au contraire, chez les femmes.

3° Dans le groupe des tumeurs malignes, il y a prévalence des microsomiques pour le cancer des lèvres et de la cavité buccale, prévalence des longitypes pour les cancers cutanés.

L'auteur fait remarquer que les résultats qu'il a obtenus n'ont qu'une valeur relative, en tant que contribution personnelle à ce genre de recherches qui demandent un travail important, même pour une statistique limitée. Il est à souhaiter que de nouvelles observations soient publiées par d'autres chercheurs, dans le but d'en déduire quelque élément qui permette d'apprécier les rapports entre le type morphologique et certaines dermatoses, dans le déterminisme desquelles le facteur constitutionnel paraît jouer un rôle important.

Belgodere.

Sur la syphilis de la prostate, par Eugenio Pagliai. *Il Dermosifilografo,* 10e année, n° 5, mai 1934, p. 277, bibliographie.

Observation d'un homme de 40 ans, atteint de troubles urinaires tels qu'on peut en observer chez un prostatique. Au toucher rectal, la prostate apparaît considérablement augmentée de volume, tendue, dure, avec certains points de consistance plus molle, et mobilité conservée de la muqueuse rectale.

On élimine l'hypertrophie de la prostate, notamment à cause de l'âge, l'abcès (absence de fièvre), le néoplasme malin (surface trop régulière et consistance moins dure), la tuberculose (intégrité de l'épididyme, et bon état général). Malgré l'absence d'antécédents connus et les réactions sérologiques négatives, on pense à la syphilis. Le malade est soumis au traitement spécifique : frictions mercurielles, iodure, et ensuite injections de Bi. Tout s'arrange, les troubles fonctionnels s'amendent, la prostate diminue et au bout de 45 jours est revenue à son volume normal, la nature spécifique de cette tuméfaction étant ainsi démontrée par la preuve *ab juvantibus.*

D'après l'étude de ce cas et de ceux qui ont été relevés dans la littérature, notamment d'après une monographie récente de Comolli, l'auteur cherche à dégager les caractères particuliers de la syphilis de la prostate. Ce sont : 1° l'âge, généralement moyen, entre 18 et 60 ans ; 2° l'apparition tardive par rapport au début de la syphilis, entre 8 et 56 ans ; 3° la rareté de manifestations tertiaires associées ; 4° le volume de la prostate, qui varie dans des limites très larges ; 5° la forme, souvent irrégulière, à cause de la présence de nodules ; 6° la fixité de la prostate par rapport aux tissus environnants ; 7° l'indolence habituelle ; 8° l'action immédiate du traitement spécifique.

Mais, bien entendu, tous ces signes ne sont que des signes de présomption, et il n'existe pas de signes pathognomoniques.

Ce travail se termine par le résumé de 14 observations nouvelles, relevées par P. dans la littérature et qui viennent s'ajouter aux 44 déjà connues de la monographie de Comolli. BELGODERE.

Contribution à l'étude de la « cutis verticis gyrata », par Tito GUERRIERI. *Il Dermosifilografo*, 10e année, n° 5, mai 1934, p. 287, 2 fig., bibliographie.

Dans ces dernières années, la *Cutis verticis gyrata* a fait l'objet de nombreuses publications qui en ont bien fixé les caractères cliniques, mais l'étiologie en reste discutée. Deux cenceptions : conception *divisionniste*, d'après laquelle cette altération cutanée peut être la conséquence de facteurs très divers ; conception *uniciste* soutenue surtout par les Allemands, d'après laquelle, dans toutes les variétés cliniques, on retrouve un facteur étiologique constant : l'infiltration du cuir chevelu par des cellules næviques.

G. estime cette dernière opinion trop absolue et se rallie aux conceptions de G. Truffi exposées dans sa monographie de 1929 (analysée ici). D'après cet auteur, il existerait trois formes de *Cutis verticis gyrata :* 1° *forme nævique ;* 2° *forme d'origine phlogistique ;* 3° *forme plicata* ou *sulcata,* due à des anomalies congénitales du crâne, par défaut de parallélisme dans le développement des os du crâne et celui du cuir chevelu.

La connaissance de cette affection s'est donc, dans ces dernières années, perfectionnée au point de vue clinique, mais aussi au point de

vue histologique, les recherches dans ce sens ayant montré l'importance du rôle joué par les processus phlogistiques chroniques. En outre, au point de vue clinique, s'est affirmée dans ces dernières années la notion de la *Cutis verticis gyrata latens*, des recherches de Merelender ayant montré que, chez 20 o/o des individus, il existait une prédisposition à la formation de plis du cuir chevelu, que l'on peut mettre en évidence par la pression latérale convergente.

Après une étude clinique et histologique, l'auteur expose deux cas personnels observés dans un asile d'aliénés, l'un d'eux étant un cas de *Cutis verticis gyrata* vraie, l'autre plutôt un cas de *Cutis verticis gyrata plicata*.

De l'étude de ces cas, et de ceux qu'il a pu réunir dans la littérature, G. aboutit à cette conception que la plicature est une modification due à l'adaptation du cuir chevelu à des conditions pathologiques très diverses, et d'après lui, on peut dire que presque toutes les affections du cuir chevelu sont susceptibles d'engendrer la plicature.

L'infiltration, qu'elle soit nævique ou phlogistique, amène en effet une augmentation de volume des tissus, dont l'expansion, ne pouvant se faire en surface, se fait en hauteur. Un processus analogue s'observe dans d'autres formes pathologiques : les végétations adénoïdes, par exemple, se formeraient par le même mécanisme.

En outre, il faudrait tenir compte de la constitution particulière du cuir chevelu, caractérisée par une quantité énorme de glandes, sudoripares, sébacées, et de follicules pilaires, etc..., qui subissent par conséquent, plus que toute autre partie de la surface cutanée, les influences endocriniennes, ce qui expliquerait sans doute la coexistence de la *Cutis verticis gyrata* avec des affections manifestement endocriniennes, telles que l'acromégalie. BELGODERE.

LIVRES NOUVEAUX

Les médicaments antisyphilitiques, par F. Henrijean, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie de Médecine de Belgique, membre associé de l'Académie de Médecine de Paris et R. Waucomont, chef des travaux à l'Université de Liége. 1 vol. in-12 de 184 p. Masson, éditeur, Paris.

Les arsenicaux, le bismuth et le mercure sont étudiés dans ce petit livre d'une façon plus théorique que clinique. On y trouvera un bon résumé des travaux allemands et, à ce titre, l'ouvrage de H. et W. peut rendre des services à ceux qui n'ont ni le moyen ni le temps de lire les publications étrangères. Ces services compenseront les oublis importants qui ont été faits concernant la littérature française. Sans rien apprendre de nouveau aux spécialistes, il sera pour eux comme un résumé commode et un aide-mémoire et, pour les autres, une bonne source de renseignements. A mettre cependant au-dessus de tous les chapitres celui qui est consacré aux troubles cardiaques provoqués par les arsenicaux. Clément Simon.

La ponction cisternale (ponction sous-occipitale), par Mariano R. Castex et Luis E. Ontoneda. Traduction de Gaullieur L'Hardy. Un volume in-8^{0}, 70 pages avec 17 figures et 5 planches en couleurs. G. Doin et Cie, éd., Paris, 1934.

Encore qu'on l'attribue aux Américains Wege-Forth, Ayer et Essik (1919), peut-être parce qu'ils décrivirent leur technique, dès 1908 Obregia l'avait effectuée 22 fois sur le vivant. Depuis cette date de nombreux travaux n'ont pas réussi à faire accepter de façon habituelle ce mode d'exploration. Elle est irremplaçable pour l'injection de lipiodol descendant ; très avantageusement aussi, elle peut remplacer la ponction lombaire. « Une expérience de 30 années, dit Ravaut, m'a montré les difficultés que l'on rencontre pour ponctionner (ponction lombaire) un malade qui paraît sain. » La ponction cisternale est plus facile, moins douloureuse, plus sûre ; il n'y a pas de troubles consécutifs, elle est une méthode ambulatoire. A ce titre, dans la prophylaxie de la syphilis nerveuse, elle rendra de grands services.

Le beau mémoire publié par C. et O. devra convaincre les hésitants. Après une très complète étude de l'anatomie de la *cisterna magna,* les auteurs décrivent minutieusement les différentes techniques, celles

d'Obregia, d'Ayer, d'Eskuchen, et leur technique personnelle. Les études comparées des pressions, des compositions des liquides céphalo-rachidiens prélevés par ponction lombaire et par ponction cisternale terminent cette monographie dont l'intérêt pratique ne saurait échapper. H. RABEAU.

Au seuil du mystère, roman, par CHARLES RICHET. Paris, Peyronnet et Cie, édit.

Les lecteurs des *Annales de Dermatologie*, qui connaissent tous les travaux de Ch. Richet, travaux qui le placent au premier rang des physiologistes contemporains, apprendront avec curiosité que le savant universellement respecté, s'essaye dans le Roman, ou plus justement dans la « Nouvelle ». *Au seuil du Mystère* est en effet un recueil de trois « Nouvelles » ou, si l'on préfère, de trois courts romans.

La première, sous une mince trame d'amour, est une illustration des « prémonitions » mystérieuses dont il y a eu tant d'exemples pendant la guerre. La seconde, plutôt psychiatrique, est l'histoire d'un homme qui a trouvé le moyen de matérialiser les idées, soit sous forme d'images photographiques, soit sous forme d'objets variés. Ce procédé « idéolytique » conduit à un symbolisme assez amusant. On y voit aussi bien, matérialisés, le « Voile de la pudeur », les « Feux de l'Amour », le « Fil du raisonnement », l' « Ivresse du Pouvoir », etc...

La troisième nouvelle, qui s'apparente aux contes philosophiques du XVIIIe siècle, et aussi à certains romans de Wells, comme l' « Homme Invisible » est, à mon humble avis, le plus curieux. Un homme a trouvé le moyen de dormir pendant cinquante ans. Il revient à lui au bout de ce laps de temps, très court comparé à l'éternité, mais suffisant pour que notre héros trouve quelques changements autour de lui. On voit tout le développement qu'on peut en tirer, aussi bien philosophique que cinématographique, car il y a là la matière d'un bon film.

La lecture de ces contes est agréable, elle est même « curieuse » quand on pense à celui qui les a écrits. On me permettra cependant d'ajouter que l' « anaphylaxie » donne à Ch. Richet plus de titres à la gloire. CLÉMENT SIMON.

Les traitements de la syphilis, par R. J. WEISSENBACH et G. BASCH. 1 vol. in-16 de 150 pages. *Collection des actualités de médecine pratique.* Doin et Cie, éditeur, Paris.

Ce livre s'adresse au médecin non spécialiste, il répond à deux directives majeures. En premier lieu, étudier seulement quelques médicaments, judicieusement choisis parmi les plus actifs, en donnant tous les détails nécessaires à la connaissance parfaite de leur posologie, des indications, des contre-indications et des inconvénients de leur emploi, avec les moyens d'y remédier. En second lieu, exposer la manière de combiner ces médicaments suivant chaque période et chaque localisation de la syphilis. Les auteurs montrent quels sont les guides du traitement,

et comment il doit être institué, suivant qu'on a à traiter une syphilis récente, ou au contraire une syphilis ancienne, sans manifestation ou avec manifestations viscérales. Syphilis et mariage, syphilis et grossesse, syphilis héréditaire, traitements préventifs et abortifs sont successivement étudiés. Ce petit précis est remarquable par le soin constant qu'ont pris W. et B. d'être simples et de donner des directives nettes dans le traitement complexe de la syphilis. H. Rabeau.

Influence de l'arsénothérapie sur la fréquence de la paralysie générale progressive et du tabès chez le Musulman Tunisien, par A. Cassar. Rapport présenté au Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord, Tunis, 21-24 mars 1934.

Si la question de l'arsénothérapie et de la syphilis nerveuse parenchymateuse en Europe est un sujet trop vaste et trop complexe pour être abordé dans ce rapport, il est possible et utile d'étudier leur relation chez les seuls Musulmans tunisiens. Paralysie générale et tabès, on le sait, sont rares chez les Indigènes. Depuis quelque temps, cette immunité n'est plus admise, semble-t-il, avec la même unanimité. On accuse volontiers le traitement arsenical de l'augmentation des cas de paralysie générale et de tabès. Est-ce vrai pour les Musulmans tunisiens ? Pour aborder ce problème, il faut d'abord une observation prolongée et abondante, et aussi « une discipline rigoureuse », dit C. Pour sa part, il arrive avec 15.960 fiches de malades, accumulées par Jamin et par lui-même : 1 seul cas de tabès fruste, sur ce nombre ! C. y ajoute les observations déjà publiées et ses constatations personnelles (1 cas de paralysie générale observé dans sa clientèle privée !) Voici le pourcentage qu'il obtient : 0,55 o/o de tabès et 0,13 o/o de paralysie générale. Depuis l'arsenic, il n'y a pas d'augmentation des cas observés ; malgré l'emploi systématique et généreux des arsénobenzènes, le Musulman tunisien, si lourdement frappé par la syphilis, garde l'immunité de son axe cérébro-spinal. Les lésions latentes ne sont pas davantage accrues : C. a examiné le liquide céphalo-rachidien (recueilli presque toujours par ponction sous-occipitale ambulatoire) de 250 malades à toutes les périodes de la syphilis, dont le traitement a été insuffisant ou nul ; il a constaté l'intégrité constante du liquide, fait contrastant avec la fréquence et l'intensité des signes sérologiques sanguins.

L. Chatellier.

Contribution à l'étude des embolies artérielles bismuthiques, par J. Rivollet. *Thèse Lyon*, 1934.

Encore que cet accident soit exceptionnel, la diffusion de la médication bismuthique le rend un peu moins rare. R. a pu observer dans le service du Dr Gaté, à l'Antiquaille, deux accidents de ce genre. Les ayant soigneusement analysés, il en rapporte les observations, et donne une bonne revue générale de la question, tant au point de vue clinique que pathogénique. Il rappelle les quatre formes cliniques, exanthème

embolique local (type Freudenthal), placard ecchymotique et phlycténulaire (type Jeanselme), dermite livédoïde et gangréneuse (type Nicolau), gangrène profonde (type Barthélemy). Le problème pathogénique est l'objet de nombreuses discussions. Un accord relatif s'est fait cependant sur la théorie embolique ; certains cas peuvent relever d'autres pathogénies, mais ce sont des faits d'exception. Il en découle la nécessité de suivre pour les injections intramusculaires une technique rigoureuse, dont l'inobservation peut être dans certains cas à l'origine de cette complication. H. Rabeau.

Précis et atlas des maladies cutanées et vénériennes (Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten), par Zieler-Jacobi. 3e édition, 2 vol., 48 R. M. Urban et Schwarzenberg, Berlin et Vienne, 1934.

Le Prof. Zieler a réédité le précis-atlas de Jacobi, en remaniant et augmentant le texte. Ce livre est destiné, dit le titre, « aux médecins praticiens et aux étudiants », pour leur enseigner l'essentiel de la dermatologie et de la vénéréologie. C'est dire que tout appareil d'érudition en est écarté, mais tous les soins ont porté à condenser en 688 pages de texte les notions actuelles sur ce large domaine ; dans ce texte, il existe une riche illustration, surtout histologique, qui permet de suivre les descriptions de l'auteur. A ce premier volume, s'ajoute un deuxième, réservé exclusivement à l'iconographie des maladies étudiées dans le texte. L'ensemble constitue une réussite pédagogique. Ces deux volumes rendront des services réels à tous, même aux médecins spécialistes.

L. Chatellier.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX

LE NÉVROME DE LA LICHÉNIFICATION CIRCONSCRITE NODULAIRE CHRONIQUE

(LICHEN RUBER OBTUSUS CORNÉ, PRURIGO NODULARIS)

Par L.-M. PAUTRIER.

Dans une série de publications et de mémoires, d'abord avec mon vénéré Maître L. Brocq, puis isolément (1), j'ai depuis longtemps soutenu que les faits décrits par Lailler, puis par Brocq, sous le nom de *Lichen ruber obtusus* corné, n'avaient rien à voir avec le lichen plan dont on les avait longtemps considérés comme une forme déviée, mais représentent en réalité une forme anormale de lichénification.

Peut-être n'est-il pas inutile de préciser ici à nouveau l'aspect objectif si particulier de ces lésions. Si j'ai la satisfaction de voir aujourd'hui la presque totalité des dermatologistes reconnaître qu'elles n'ont rien de commun avec le lichen plan, par contre l'Ecole Lyonnaise représentée par mes excellents collègues Nicolas

(1) L. Brocq et L.-M. Pautrier. *Lichen ruber obtusus,* forme anormale de lichénification. *Bull. Soc. Fr. Dermat.*, décembre 1908, p. 342.

L. Brocq et L.-M. Pautrier. Les lichénifications anormales. *Congrès de Budapest*, 1909, p. 432.

L.-M. Pautrier. *Lichen obtusus* corné, forme anormale de lichénification. Réunion Dermat. Strasbourg. *Bull. Soc. Fr. Dermat.*, juillet 1921, p. 48.

L.-M. Pautrier. Nouveau cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique. Réunion Dermat. Strasbourg. *Bull. Soc. Fr. Dermat.,* janvier 1922, p. 25.

L.-M. Pautrier. Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification circonscrite nodulaire chronique. *Annales de Dermat.*, 1922, p. 49.

L.-M. Pautrier. Nouveau cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique. Réunion Dermat. Strasbourg. *Bull. Soc. Fr. Dermat.,* 1924, p. 187.

L.-M. Pautrier. Les lichénifications anormales. *Acta dermato-venereologica* janvier 1928, vol. VIII, fasc. 5, p. 313.

et Gâté continue à penser qu'il existe un *lichen ruber obtusus* corné qui est une forme particulière du lichen plan parce que, au cours d'éruption de lichen plan authentique, ces auteurs ont trouvé quelques éléments verruqueux et cornés. Ils ne me semblent pas encore avoir réalisé ce qu'est la lichénification circonscrite nodulaire chronique (*prurigo nodularis*) peut-être parce qu'ils n'ont pas encore eu l'occasion d'observer un cas typique de cette dermatose, d'ailleurs assez rare.

Au surplus il est toujours bon, quand on décrit des lésions histologiques nouvelles, comme nous allons le faire, de préciser, de façon aussi nette que possible, le type objectif auquel elles se rapportent.

RÉSUMÉ CLINIQUE

Rappelons donc que les lésions qui constituent notre lichénification circonscrite nodulaire chronique *(prurigo nodularis)*, sont constituées à leur stade d'état par de gros éléments globuleux, hémisphériques, arrondis, rénitents, nettement limités, de la grosseur moyenne d'un pois vert à celle d'un gros noyau de cerise, pouvant même atteindre les dimensions d'une noisette. Ces lésions font une saillie de 5 à 15 millimètres au-dessus de la peau saine et leur surface s'élève en coupole. Ces énormes papules peuvent rester discrètes et on peut n'en rencontrer qu'un petit nombre chez chaque sujet. Chez une malade, j'ai cependant pu en compter jusqu'à quatre-vingt-deux sur un seul avant-bras, et des centaines sur le reste du corps. Même lorsqu'elles sont aussi abondantes que dans ce cas, chacune de ces petites tumeurs est nettement séparée des voisines par un assez large liséré de peau saine. Leur surface est rugueuse, couverte de squames sèches, grisâtres, très adhérentes, qui leur donnent un aspect corné ; souvent elle présente de fortes excoriations, couvertes de croûtelles sanguinolentes, provenant du grattage.

Le phénomène subjectif majeur qui les accompagne est en effet un prurit des plus violents, parfois effroyable, non pas continu, mais survenant par crises fréquentes, prurit intolérable, que presque rien ne peut arriver à calmer. Dans un cas exceptionnel, publié

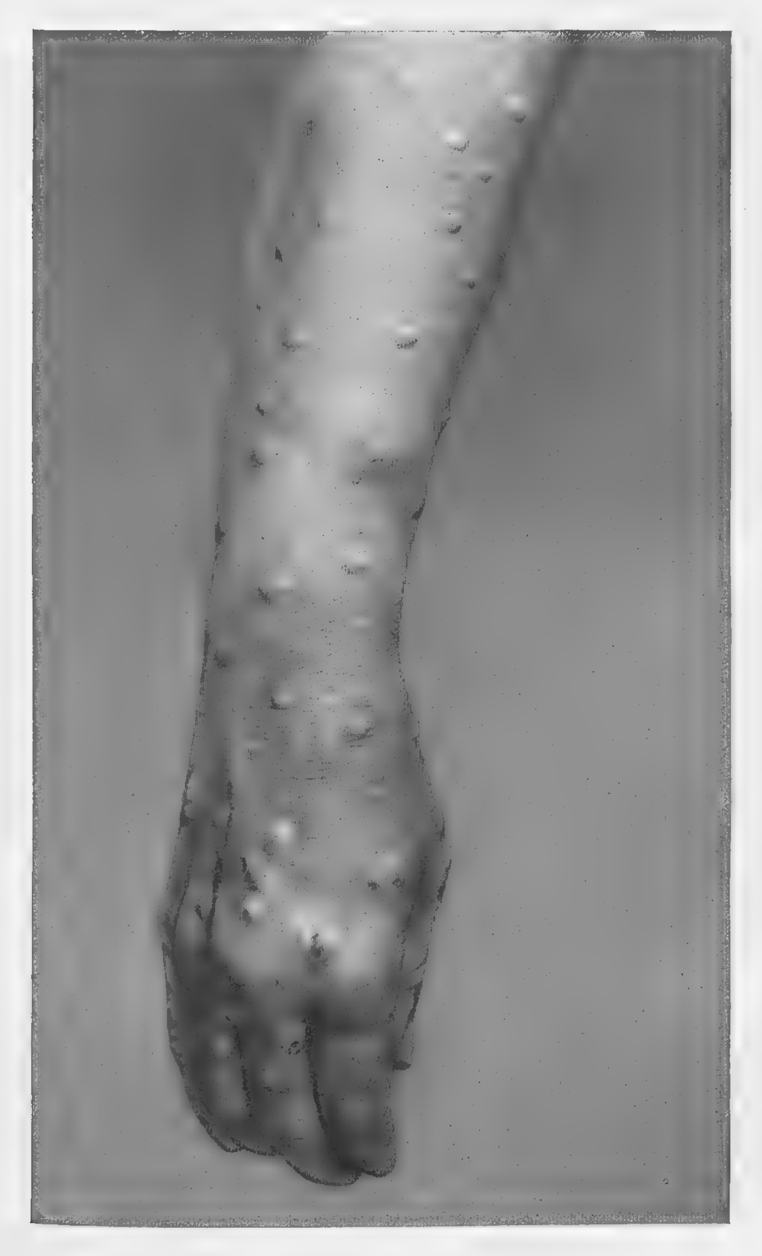


Fig. 1. — Lichénification circonscrite nodulaire chronique (Mme Cécile Arb...). Lésions généralisées à l'ensemble du corps et datant de plus de 20 ans. Aspect des bras.

par Darier (1) et qui lui parut déconcertant, le prurit faisait défaut.

Lorsqu'on peut assister au début des lésions, ce que j'ai eu l'occasion de faire chez une de mes malades dont les lésions du corps dataient de longues années, alors qu'elles faisaient seulement leur apparition au visage, on peut voir que ce début se présente sous forme de papules de la grosseur d'une très forte tête d'épingle, surélevées, de couleur rose-rouge ou tirant sur le bistre, assez nettement arrondies, résistantes et rugueuses au toucher, entourées souvent de lésions de lichénification fruste. On peut rapprocher de ce cas, ceux de Bizzozzero et d'Alexander, où des nodosités analogues apparaissaient au milieu d'une lichénification diffuse de la face.

L'affection siège le plus souvent sur les membres supérieurs et inférieurs. J'ai pu cependant la voir généralisée à la presque totalité des téguments, le cuir chevelu seul étant indemne.

Les femmes sont certainement plus atteintes que les hommes et principalement les femmes d'âge moyen.

L'évolution est des plus lentes et dure des années ; chez une de mes malades, les lésions dataient de vingt-trois ans. Elles peuvent s'affaisser progressivement, mais dans ce cas, de même que c'est le prurit qui a ouvert la scène et précédé les lésions, c'est sa disparition qui commande l'affaissement des grosses papules. Elles s'effacent peu à peu en laissant une macule blanchâtre ou pigmentée.

Je ne reviendrai pas sur les arguments cliniques et histologiques que j'ai fait déjà valoir à plusieurs reprises et qui à mon avis commandent une séparation totale de l'affection que nous venons de décrire et du lichen plan. Je vais reprendre dans un instant l'étude histologique de la lichénification circonscrite nodulaire chronique, pour y décrire des formations nerveuses toutes particulières. Je me bornerai à rappeler, au point de vue clinique, que jamais, *dans un cas authentique* de lichénification circonscrite nodulaire chronique on ne trouve d'élément de lichen plan, pas plus au niveau de la peau, qu'au niveau des muqueuses — que les lésions durent 10, 15, 20 ans et davantage, ce qui ne s'observe jamais dans le lichen plan — que la formation des gros nodules

(1) Darier et Roberti. Un cas de *prurigo nodularis*. *Bull. Soc. Fr. Dermat.*, novembre 1921, p. 444.



Fig. 2. — Lichénification circonscrite nodulaire chronique (Mme Cécile Arb...). Lésions généralisées à l'ensemble du corps et datant de plus de 20 ans. Aspect des fesses et des cuisses.

cornés de l'affection est commandée de bout en bout par un prurit extrêmement violent qui n'a rien à voir avec le prurit du lichen plan, alors qu'il rappelle entièrement celui de la lichénification — et que, tout comme pour cette dernière, c'est la disparition du prurit qui commande également la disparition des nodules. Donc au point de vue clinique (comme nous allons le voir également au point de vue histologique) tout sépare le type que nous étudions du lichen plan, alors que tout le rapproche au contraire des lichénifications, d'où la dénomination que j'ai adoptée.

Que faut-il penser des appellations d'*urticaria perstans* et de *prurigo nodularis* par lesquelles on a tenté de rapprocher le type morbide que nous discutons de l'urticaire et du prurigo ? Darier, dans la dernière édition de son *Précis de Dermatologie*, après en avoir ébauché la description, à propos du lichen plan, sous le terme de *lichen obtusus*, reconnaît que « les relations de cette forme avec le lichen plan sont des plus douteuses... ; elle paraît plus voisine du prurigo nodulaire et rentre dans le groupe, d'ailleurs très compréhensif, des lichénifications anormales de Brocq et Pautrier ». Et il l'étudie plus amplement au chapitre des prurigos, sous la dénomination de « prurigo nodulaire ». Rappelons que M. Darier continue à décrire les lichénifications sous le terme de *prurigo simplex* chronique.

A moins d'accepter la conception et la terminologie de M. Darier, il me paraît que c'est commettre un véritable abus de langage que de donner le même nom générique de prurigo, en y ajoutant une épithète différente, à la séro-papule éphémère du strophulus, si voisine de l'eczéma papulo-vésiculeux, qui est le *prurigo simplex* aigu, et à cette lésion globuleuse dure, sèche, cornée, persistant 10, 15, 20 ans, qui serait un « prurigo nodulaire ». Les mêmes arguments me paraissent rendre particulièrement malheureuse la dénomination d'*urticaria perstans*. Comment concevoir, à côté de l'élevure urticarienne fugace par définition, durant à peine quelques heures, l'existence d'une lésion urticarienne organisée et durant des années ? Ce sont ces abus de langage, reposant sur des conceptions théoriques, qui alourdissent la terminologie dermatologique déjà si touffue et qui en rendent l'étude particulièrement ardue pour les débutants qui ignorent encore les règles de ce jeu compliqué.

J'ai du reste la satisfaction de voir la théorie que je soutiens



Fig. 3. — Lichénification circonscrite nodulaire chronique (Cas de *prurigo nodularis* du docteur Wucherpfennig); photo due à l'obligeance du professeur Stühmer de Munster-in-Westphalen.

depuis plusieurs années acceptée par un nombre de plus en plus grand de dermatologistes et consacrée par toute une série de travaux parus tant en France qu'à l'étranger. Fabry (1) décrit le type que nous venons d'étudier sous la dénomination de « névrodermite nodulaire, forme à gros nodules de la névrodermite. Buler (2) s'élève contre la dénomination d'*urticaria perstans* et se rattache à la conception de Brocq et Pautrier. Bukowsky (3) admet explicitement la « névrodermite nodulaire ». Kreibich (4) a propos d'un cas d'*urticaria perstans verrucosa* présenté par Wagner, défend l'opinion que cette dermatose doit être considérée comme une lichénification circonscrite provoquée par le grattage prolongé. Payenneville (5) publiait en 1922 deux cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique particulièrement probants, survenus chez une mère et sa fille et nettement commandés et provoqués par un prurit féroce. Burnier et Rejsek (6) publient l'année suivante un cas démonstratif où les gros nodules s'accompagnent de lésions de lichénification ordinaire ; ils admettent notre point de vue et déclarent que « c'est par des lésions de grattage que commence l'affection et la peau lichénifiée s'hypertrophie progressivement jusqu'à former de véritables nodules saillants de la grosseur d'une noisette ». Nous retrouvons la même adhésion à notre théorie dans le mémoire si compréhensif de Bizzozzero sur les *Formes anormales de lichénification*, dans l'excellent travail du Professeur Beron (7) sur *Les lichénifications anormales* (accompagné de docu-

(1) Fabry. Ueber zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa (grossknotige Form der Neurodermitis Brocq). *Arch. für Dermat. und Syph.*, Bd. 121, p. 241, 1915.

(2) Buler. Uber lichen obtusus. *Arch. für Dermat. und Syph.*, Bd. 136, p. 117, 1921.

(3) Bukowsky. Zur Frage der Neurodermitiden. *Ceska Dermatologie*, 1922.

(4) Kreibich. *Deutsche Dermat. Gesellschaft.*, 7 janvier 1923. Analyse *in Zentralblatt f. Haut und Gesch*, Bd. 8, Heft. 4, p. 162, mai 1923.

(5) Payenneville. Deux cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique (*lichen obtusus* corné) en série familiale. Réunion Dermatol. de Strasbourg. *Bull. Soc. Fr. Dermat.*, 14 mai 1922, p. 63.

(6) Burnier et Rejsek. *Lichen obtusus* corné ou lichénification circonscrite nodulaire chronique. *Bull. Soc. Fr. Dermat.*, avril 1923, p. 205.

(7) Beron. Uber anormale lichénifikation. *Dermat. Wochenschr.*, 1929, p. 469, 1930, p. 233.



Fig. 4. — Lichénification circonscrite nodulaire chronique (*prurigo nodularis*). Cas du professeur Carol, d'Amsterdam. Photo due à l'obligeance du professeur Carol. Détail des lésions du bras. Remarquer les lésions de lichénification diffuse entre les gros nodules de lichénification circonscrite nodulaire chronique.

ments personnels), dans les mémoires de Pisani (1), de Vercellino (2) et de Manganotti (3).

En tout cas, même pour ceux qui continuent à employer le terme de *prurigo nodularis*, l'aspect objectif des lésions que nous allons étudier maintenant au point de vue histologique, ne prête à aucune ambiguïté. J'ai pu m'en convaincre lorsque, ayant demandé des coupes histologiques non colorées à un certain nombre de collègues étrangers, la plupart ont bien voulu me répondre en m'envoyant, avec la plus grande obligeance, non seulement des coupes, mais souvent de remarquables photographies des cas auxquels elles se rapportaient. Manifestement sous le nom de lichénification circonscrite nodulaire chronique ou de *prurigo nodularis* nous décrivons exactement la même chose.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J'avais déjà décrit, dans mes mémoires antérieurs, l'anatomie pathologique de la lichénification circonscrite nodulaire chronique. Mais ayant à reprendre toute la question, au moment d'écrire le chapitre « Lichénification » pour la *Nouvelle pratique dermatologique*, je ne pouvais me satisfaire de ce que j'avais écrit antérieurement. Plus que jamais je restais convaincu que l'ancien *lichen ruber obtusus* corné — *prurigo nodularis* — était une forme anormale de lichénification, commandée de bout en bout par le prurit, précédée par ce dernier, se développant peu à peu sous l'influence des grattages furieux, prolongés des années durant, et ne disparaissant qu'un certain temps après que le prurit avait disparu le premier. Malgré ses lésions si particulières, ce type obéissait donc aux mêmes lois que la lichénification de Brocq et devait prendre place à côté d'elle. C'était bien le grattage, avec les lésions histologiques qu'il entraînait, qui constituait peu à peu la lésion, *Lichen facere*. J'adoptais intégralement la théorie de Brocq. Mais pourquoi,

(1) Pisani. Contributi allo studio delle lichenificazioni anormali. *Archivio Italiano di Dermat.*, vol. V, 1930, p. 330.

(2) Vercellino. Ueber atypische Lichenifikationen. *Arch. f. Dermat.*, 1931, vol. CLXIII, p. 626.

(3) Manganotti. Sui rapporti del Lichen gigante con le Lichenificazioni anormali. *Giorn. Ital. di Dermat.*, vol. LXXIV, fasc. 5, octobre 1933, p. 1259.

dans la lichénification normale, le prurit était-il localisé à la totalité d'une zone plus ou moins étendue des téguments et faisait-il une lésion en nappe, et pourquoi dans la lichénification circonscrite nodulaire chronique le prurit était-il localisé, beaucoup plus violent encore, sur 20, 50, 100, 200 petits points du tégument, grands comme un pois vert ou un noyau de cerise, et pourquoi aboutissait-il, sur ces points, à la formation de véritables petites tumeurs cornées, pouvant persister des années?

La question me tracassait. Elle m'amena à reprendre l'étude de mes coupes et à les examiner de plus près. Or, même sur des coupes colorées à l'hématoxyline-éosine ou au safran, je ne tardai pas à constater l'existence de nombreuses formations qui ressemblaient étonnamment à des formations nerveuses et qui m'avaient échappé lors de mes premiers examens. Je fis aussitôt des colorations des coupes aux trichromes de Masson, qui conviennent particulièrement à l'étude des nerfs. Elles me prouvèrent aussitôt que mes coupes fourmillaient littéralement de nerfs et de fibres nerveuses dans une proportion invraisemblable. J'avais, dans mes collections, quatre cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique, tous les quatre, étudiés successivement, contenaient les mêmes formations nerveuses. Mais je ne considérai pas encore ce matériel comme suffisant et j'écrivis à un certain nombre de collègues, qui avaient étudié des cas analogues, la plupart sous le nom de *prurigo nodularis*, de vouloir bien m'envoyer quelques coupes non colorées de ces cas, et si possible avec une courte note sur l'histoire clinique. Je dois dire ici tous mes plus vifs remerciements aux professeurs Carol, Zurhelle, Favre, Kerl, Stühmer, Otto Kren, Udo Wile, ainsi qu'à MM. Milian, Bohnstedt, Wucherpfennig, qui m'ont répondu avec la plus grande obligeance. Presque tous les envois de mes collègues étrangers s'accompagnaient de la note clinique demandée et de remarquables photographies qui identifiaient leur cas de façon indiscutable. Les coupes qui m'étaient envoyées étaient souvent d'un maniement difficile, fixées au formol ou à l'alcool, qui se prêtent mal aux colorations trichromiques de Masson. Néanmoins, avec plus ou moins de facilité et en plus ou moins grande abondance, je retrouvai les formations nerveuses qui avaient attiré mon attention. J'ai donc pu étudier ainsi une quinzaine de cas, ce qui représente, on en conviendra, un matériel considérable pour cette affection assez rare. Ce

sont les résultats de cette nouvelle étude que je désire rapporter ici.

A un certain nombre de variantes près, qui tiennent probablement à l'âge des lésions, aux dimensions plus ou moins considérables qu'avaient pris les nodules, l'anatomie pathologique de la lichénification circonscrite nodulaire chronique me paraît assez constante et présenter surtout des particularités assez exceptionnelles pour pouvoir être reconnue à peu près à coup sûr.

Bien que l'hyperkératose, et par conséquent les lésions épidermiques y jouent un rôle considérable, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'il s'agit de nodules durs, secs, squameux, cornés, c'est néanmoins la lésion dermique qui représente le substratum de la dermatose, certainement la lésion initiale et qui en commande le développement.

Les lésions essentielles de l'épiderme se résument dans les deux termes d'hyperacanthose et d'hyperkératose, mais cette formule ainsi simplifiée peut se présenter avec une variété d'aspect ou plutôt d'intensité, assez grande. L'hyperacanthose est en général moyennenement prononcée et très loin de prendre l'importance qu'elle atteint dans la lichénification géante ou la lichénification verruqueuse. Tantôt les bourgeons interpapillaires sont réguliers dans leur hyperacanthose, comme longueur et comme forme, tantôt ils présentent des irrégularités manifestes, certains d'entre eux restant assez minces, d'autres s'élargissant considérablement et devenant massués. Les papilles qu'ils délimitent sont hautes et étroites.

La surface de l'épiderme se présente rarement suivant une ligne droite; plus souvent elle est sinueuse est festonnée, le corps muqueux présentant une alternance de saillies et de dépressions dont la couche cornée épouse les contours. Tantôt ces dépressions, arrondies en petites cupules, restent relativement superficielles, tantôt elles se creusent profondément et forment de véritables entonnoirs, séparés par des crêtes aiguës, entonnoirs dans lesquels s'enfoncent de véritables bouchons cornés.

Le terme d'hyperkératose, qui correspond bien à l'ensemble des lésions de la couche cornée, ne suffit pas cependant, et de loin, à en traduire toute la variété. Certes dans la plupart des coupes, l'hyperkératose existe seule, et dans les cas où elle s'associe à d'autres lésions, elle en représente toujours la plus large part.

Elle se présente comme une hyperkératose franche, avec une couche cornée remarquablement épaisse, énorme parfois, un *stratum lucidum* qui forme une large bande claire, schématique, de démonstration, et par-dessous une granuleuse remarquablement épaissie formée par 6, 8, 10 couches de cellules à kératohyaline. Mais sur d'autres points on peut trouver un complexe, un enchevêtrement de lésions cornées fort curieuses. La couche cornée hyperkératosique peut parfois être coupée, sur une partie de son étendue, par une zone de parakératose qui atteint la même épaisseur : la granuleuse manque complètement et au-dessus du corps muqueux s'étage une couche cornée parakératosique, parsemée de noyaux en bâtonnets, mais d'une parakératose qui n'a rien du gâteau feuilleté, de la squame psoriasique et qui est au contraire une parakératose dense, tassée, homogène, « en bloc ». On peut même trouver des images plus curieuses : cette couche cornée parakératosique, qui présente en général une affinité colorante légèrement basophile et se teinte en bleu-violet clair par l'hématoxyline, avec ses noyaux en bâtonnets en violet foncé, peut être entrecoupée de longues bandes à affinité acidophile teintées de rose, et ne présentant plus aucun noyau, puis au-dessus reparaîtra une bande parakératosique bleutée avec noyaux en bâtonnets. Sur un point, nous avons pu même trouver le tout coiffé en surface par une bande formée manifestement de cellules chargées de kératohyaline. Ces tableaux complexes, ces anomalies de kératinisation, sont certainement dus aux lésions mécaniques provoquées par le grattage.

La couche cornée, nous l'avons dit, s'enfonce plus ou moins profondément dans les cupules ou dans les entonnoirs plus ou moins profonds que lui offre, par en-dessous, le corps muqueux. C'est au niveau de ces dépressions, donc aux points d'épaisseur maxima de la couche cornée, que la granuleuse atteint elle-même sa plus grande épaisseur.

Entre cette couche cornée et le sommet des papilles, ou l'extrémité des prolongements inter-papillaires, le corps muqueux ne présente rien d'intéressant à signaler : épaissi, plus ou moins en hyperacanthose, il présente un nombre assez grand de karyokinèses, dans toute sa hauteur, en rapport avec son état de prolifération. Dans un seul cas, nous avons trouvé, dans ce corps muqueux, une pustule assez volumineuse, lésion de grattage manifeste, envahie par des polynucléaires.

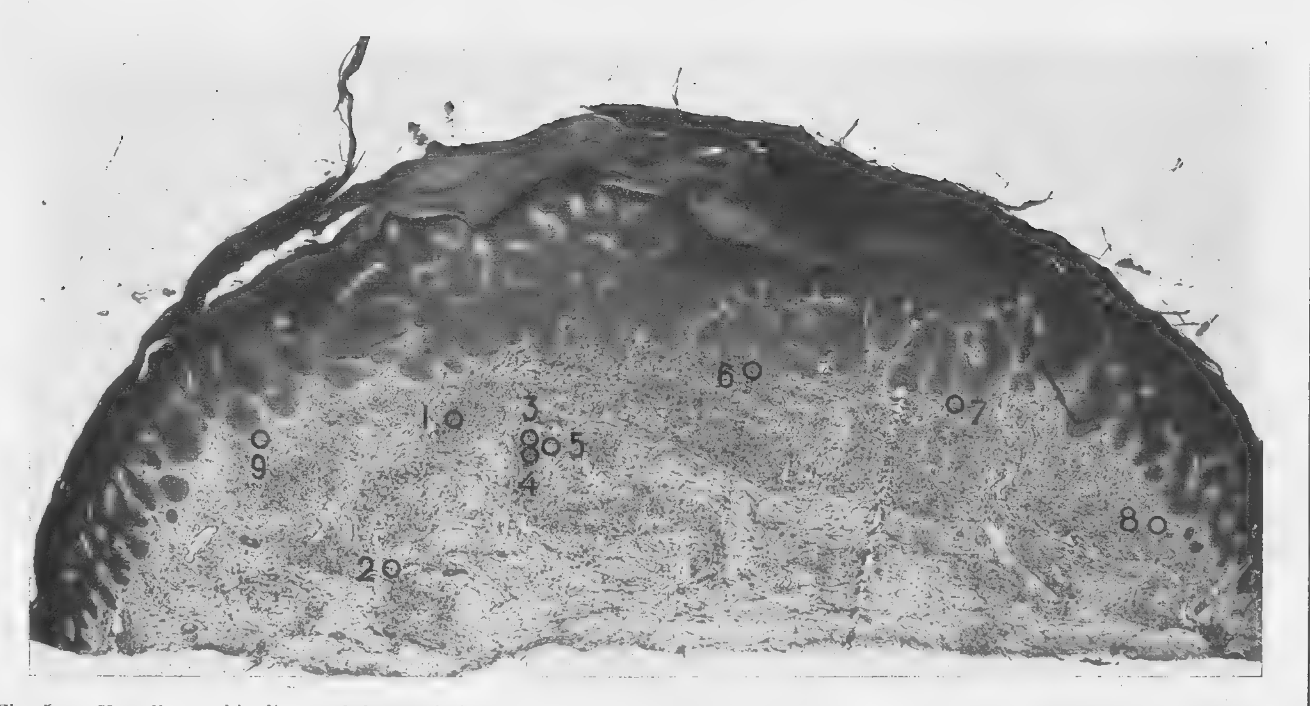


Fig. 5. — Vue d'ensemble d'un nodule corné, de la grosseur d'un noyau de cerise, de lichénification circonscrite nodulaire chronique. Le bloc est « à bout de course » et ayant été mal orienté, l'épiderme est coupé tangentiellement, d'où l'aspect anormal de l'épiderme ; on peut néanmoins juger de l'importance de l'hyperkératose et de l'acanthose. Remarquer les gros nodules d'infiltrat qui occupent le derme superficiel et moyen. Cette coupe indique également le repérage des différents points qui ont été choisis pour les dessins suivants en couleur. On peut ainsi se rendre compte que les lésions nerveuses qui vont être reproduites ne siègent pas sur un point isolé de la coupe, mais sont réparties dans toute son étendue. Il ne faudrait pas croire que seuls ces 9 points montrent des lésions nerveuses ; ils ont été choisis presque au hasard, en réalité on aurait pu en prendre deux fois autant, les formations nerveuses accompagnant partout l'infiltrat. Ces lésions sont celles de la malade reproduites aux figures 1 et 2 (Microphoto de Fr. Woringer — grossissement 27 diam.).

LÉGENDES DES FIGURES

Fig. 6 (Repérage n° 1 de la microphoto en noir). — Nodule d'infiltrat dans les couches superficielles du derme, infiltrat formé de lymphocytes et d'histiocytes : le collagène (en bleu) n'est plus représenté dans l'infiltrat que par des fibrilles grêles : il reparaît en faisceaux plus volumineux à la périphérie du nodule, à la partie droite du dessin. En plein centre du nodule d'infiltrat, un nerf engainé de collagène, avec ses fibres coupés tantôt transversalement, tantôt tangentiellement : trois autres petits nerfs, deux dans la partie droite, contre la bande de collagène, un à la partie gauche (Dessin de Bessin, grossissement 800 diamètres).

Fig. 7 (Repérage n° 2 de la microphoto en noir). — Traînée d'infiltrat, à la partie profonde du derme, entourée par de gros trousseaux de collagène (en bleu foncé). L'infiltrat est entouré de nombreux capillaires dilatés et il est traversé par deux nerfs importants, dont les fibres engainées de collagène sont coupées longitudinalement, et dont la surface est parsemée de nombreuses cellules schwanniennes ; ces deux nerfs doivent vraisemblablement s'anastomoser dans un plan antérieur ou postérieur à cette coupe (Dessin de Bessin, grossissement 400 diamètres).

Fig. 8 (Repérage n° 3 de la microphoto en noir). — Nodule d'infiltrat lymphocytaire et histiocytaire de la partie moyenne du derme, parsemé de nombreux petits nerfs coupés traversalement, tangentiellement, longitudinalement et qui forment un véritable peloton au sein de l'infiltrat, peloton sectionné suivant les hasards de la coupe (Dessin de Bessin, grossissement 300 diamètres).

Fig. 9 (Repérage n° 5 de la microphoto en noir). — Nodule d'infiltrat au voisinage du précédent, entouré presque complètement à sa périphérie par des fibres nerveuses coupées longitudinalement et qui lui font une sorte de couronne : deux petits nerfs coupés transversalement, l'un en haut à droite, l'autre en bas à droite (Dessin de Bessin, grossisssement 300 diamètres).

Fig. 10 (Repérage n° 4 de la microphoto en noir). — Nodule d'infiltrat du derme moyen, voisin du précédent, parsemé de petits capillaires, entouré de collagène, et présentant deux nerfs importants superposés. En examinant attentivement le reste du dessin, on reconnaîtra, en 8 points différents des bouquets de fibres nerveuses, coupées tantôt longitudinalement, tantôt transversalement ; on peut ainsi se rendre compte de l'abondance extraordinaire des formations nerveuses qui parsèment la presque totalité de la coupe (Dessin de Bessin, grossissement 300 diamètres).

Fig. 10 *bis* A. — Détail du gros nerf occupant la partie moyenne, à gauche, du dessin n° 10. La plupart de ses fibres sont coupées transversalement; nombreuses cellules schwanniennes en surface. Au pourtour, infiltrat lymphocytaire et histiocytaire (Dessin de Bessin, grossissement 1.000 diamètres).

Fig. 10 *bis* B. — Détail du gros nerf occupant la partie supérieure, à gauche, du dessin précédent. La plupart des fibres (en rose pâle, engainées de collagène bleu) sont coupées longitudinalement, sauf un bouquet de fibres coupées transversalement, dans la partie moyenne. Belles cellules schwanniennes en surface. Légère sclérose du collagène engainant la périphérie du nerf (Dessin de Bessin, grossissement 1 000 diamètres).

Fig. 11 (Repérage n° 6 de la microphoto en noir). — Nappe d'infiltrat dans le derme superficiel, tout près de l'épiderme. Infiltrat lymphocytaire et histiocytaire parsemé de nombreux vaisseaux. En haut du dessin, grand nerf coupé longitudinalement ; en dessous nombreux bouquets de fibres nerveuses, coupées longitudinalement ou transversalement. Remarquer l'intrication étroite de l'infiltrat et des nerfs qui parcourent ce dernier en tous sens (Dessin de Bessin, grossissement 300 diamètres.

Fig. 12 (Repérage n° 7 de la microphoto en noir). — Nerf de volume important, situé presque au contact d'un bourgeon inter-papillaire, directement sous l'épiderme ; légère sclérose du collagène engainant les fibres nerveuses, belles cellules schwanniennes (Dessin de Bessin, grossissement 1.000 diamètres).

Fig. 13 (Repérage n° 8 de la microphoto en noir). — Formations nerveuses au voisinage de l'épiderme. Nerf coupé sur une partie de son trajet, en bordure d'un nodule d'infiltrat et au contact de capillaires dilatés. Petits bouquets de fibres nerveuses, coupées transversalement ou longitudinalement, entre les vaisseaux, et au voisinage de l'épiderme (Dessin de Bessin, grossissement 300 diamètres).

Fig. 14 (Repérage n° 9 de la microphoto en noir). — Formations nerveuses au voisinage de l'épiderme, à l'autre extrémité de la coupe. A la partie inférieure du dessin, deux nerfs paraissant séparés, mais qui ne sont vraisemblablement que deux portions du trajet d'un même nerf. A la partie supérieure, une fibre nerveuse isolée épouse le contour du bourgeon interpapillaire de gauche (Dessin de Bessin, grossissement 300 diamètres).

Fig. 14 *bis*. — Détail de la figure précédente, montrant le petit bouquet de 2 à 3 fibres nerveuses, parsemées de quelques noyaux schwanniens en surface, et qui épousent le contour du bourgeon interpapillaire. Deuxième petit bouquet de fibres nerveuses à la partie inférieure de la coupe (Dessin de Bessin, grossissement 800 diamètres).

Tous les dessins qui précèdent proviennent, on l'a vu, d'une même coupe d'une des lésions de la malade des figures 1 et 2 (Mme Cécile Arb. biopsie D. 152). Ils ont été choisis pour montrer quelques-uns des aspects que présentent les formations nerveuses dé la lésion et leur dispersion en tous points de la coupe. Mais il ne faudrait pas croire qu'ils représentent la totalité de ces formations nerveuses ; celles-ci sont infiniment plus nombreuses et se retrouvent en tous les points de l'infiltrat.

Les quatre dessins qui vont suivre proviennent d'un autre malade et d'une autre biopsie (M. Cosn. biopsie A 152). Les coupes de ce malade sont les seules qui m'aient permis de suivre le détail des formations nerveuses au contact de l'épiderme. Les nerfs importants qui occupent le derme profond et le derme moyen paraissent se diviser en montant vers l'épiderme. En examinant systématiquement à l'immersion la frontière dermo-épidermique, on rencontre en effet, sur toute l'étendue de cette coupe, une véritable plage où l'on trouve une quantité invraisemblable de petits filets nerveux, de petits bouquets de 2, 3, 4 fibres, parfois même des fibres nerveuses paraissant isolées. J'ai choisi quelques-uns de ces aspects pour les dessins qui suivent.

Fig. 15. — Bouquets de petits nerfs et de fibres nerveuses, au voisinage de l'épiderme. Au bas du dessin et à droite, petit nerf formé d'une dizaine de fibres accolées et coupées en « tranche de mortadelle ». En bas et à gauche, petit bouquet de 3 ou 4 fibres nerveuses masquées partiellement par un noyau de cellule schwannienne. En haut et à gauche, séparé de la basale par un trousseau de collagène. petit nerf engainé : sur le bord à droite, à mi-hauteur, 2 fibres nerveuses accolées (Dessin de Bessin, grossissement 1.000 diamètres).

Fig. 16. — Bouquets de petits filets nerveux, formés de quelques fibres accolées, presque directement au contact de la basale. Remarquer l'abondance de ces formations, dans un seul champ de microscope, à l'immersion. On a nettement l'impression qu'elles doivent pénétrer dans l'épiderme (Dessin de Bessin, grossissement 1.000 diamètres).

Fig. 17. — Gros nerf montant verticalement entre deux prolongements interpapillaires. Plusieurs petits bouquets de fibres nerveuses se retrouvent en d'autres points de la coupe : en haut, à gauche et à droite. près de la basale des deux bourgeons interpapillaires et contre le bord droit du gros nerf, à sa partie supérieure ; deux fibres nerveuses isolées traversent longitudinalement l'angle gauche dn dessin. Autour du nerf, infiltrat à lymphocytes et histiocytes (Dessin de Bessin, grossissement 800 diamètres).

Fig. 18. — En partant de l'angle formé par l'épiderme, à gauche, on peut suivre deux ou trois fibres nerveuses accolées, qui longent la basale : puis ces fibres ont dû plonger et passer dans un autre plan de la coupe, et un peu plus loin on retrouve 7 à 8 fibres nerveuses, coupées, cette fois, transversalement, en rond de saucisson, directement accolées aux cellules de la basale et encerclées par les fibrilles de collagène qui dessinent les pieds de ces cellules basales. Les connexions de ces formations nerveuses et de l'épiderme sont ici aussi étroites que possible et l'on a nettement l'impression que ces fibres doivent pénétrer dans l'épiderme. Un peu au-dessous d'elles, à la partie supérieure du bord droit du dessin petit nerf avec grosse cellule de Schwann. Noter également dans la basale, à l'extrémité, à droite des fibres nerveuses coupées transversalement, une cellule de Merckel-Ranvier (Dessin de Bessin, grossissement 960 diamètres).

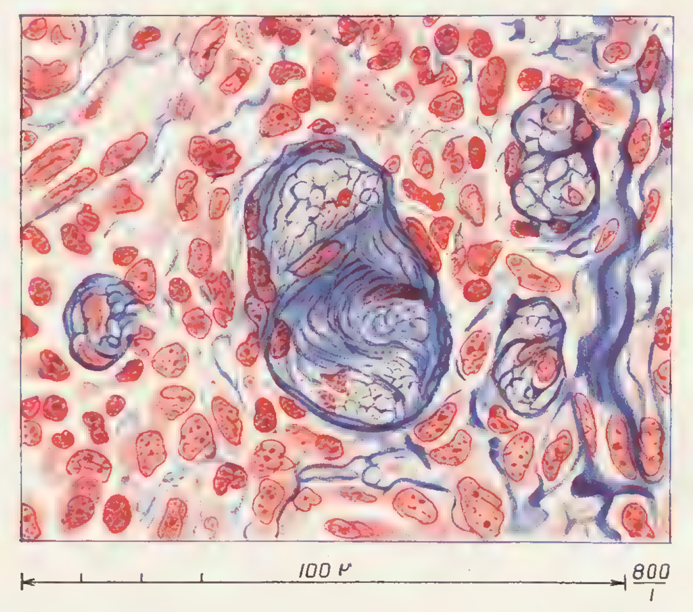


Fig. 6

100 µ

400/1

Fig. 7

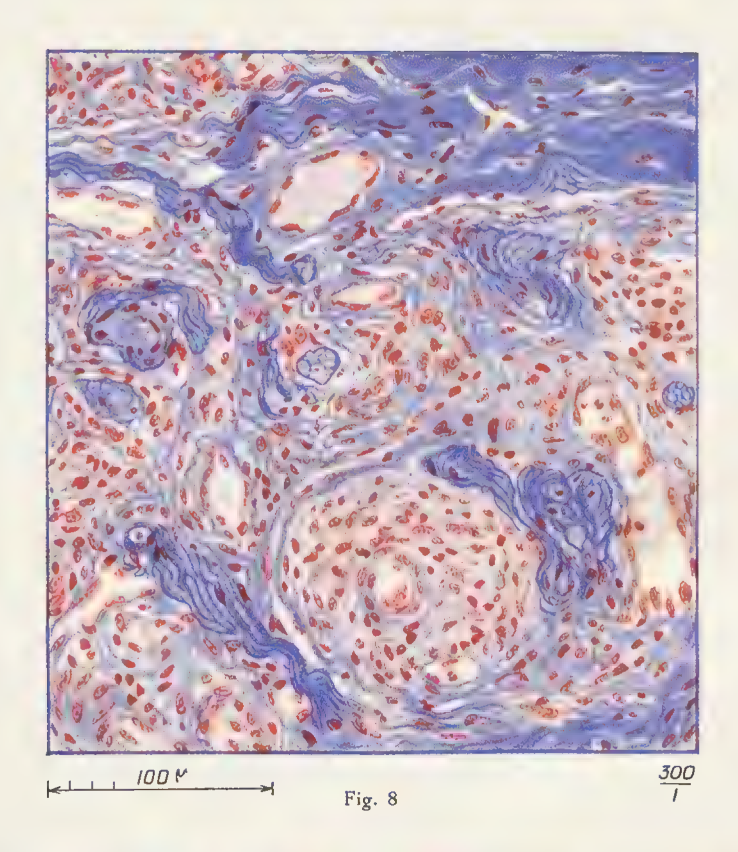


Fig. 8

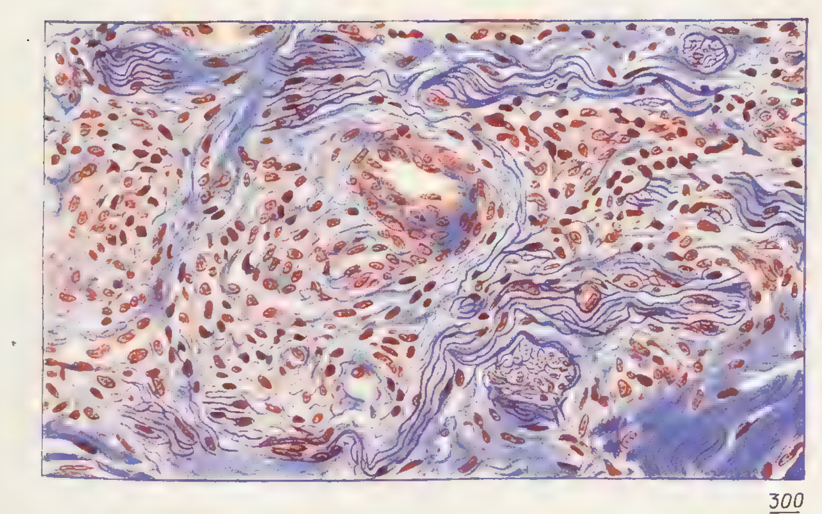


Fig. 9

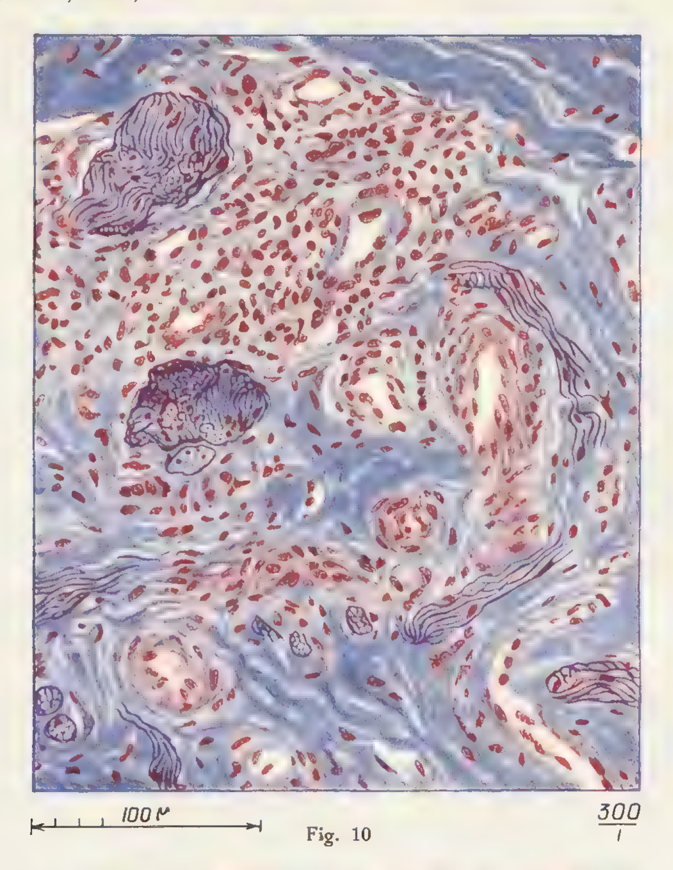


Fig. 10

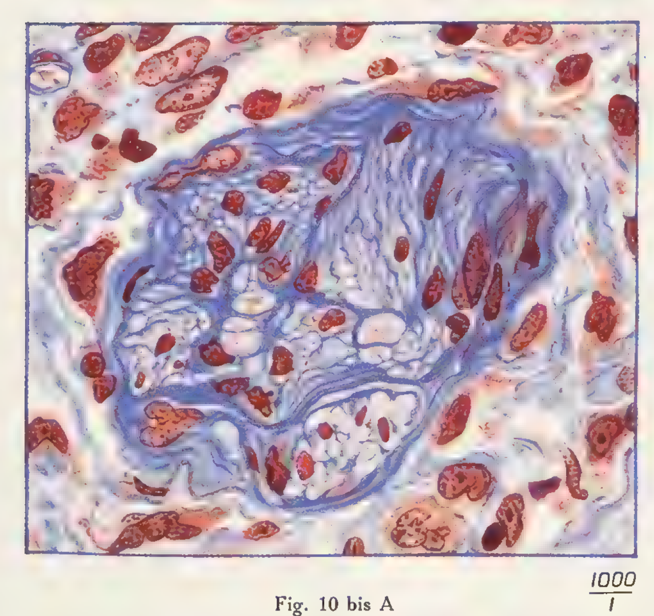


Fig. 10 bis A

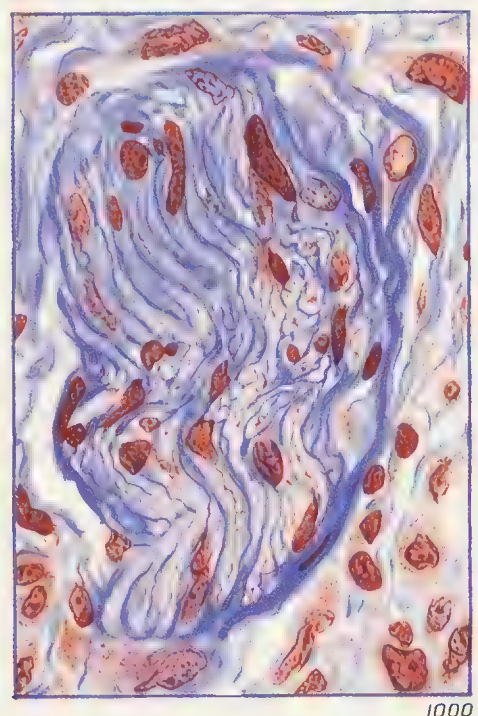


Fig. 10 bis B

1000/1

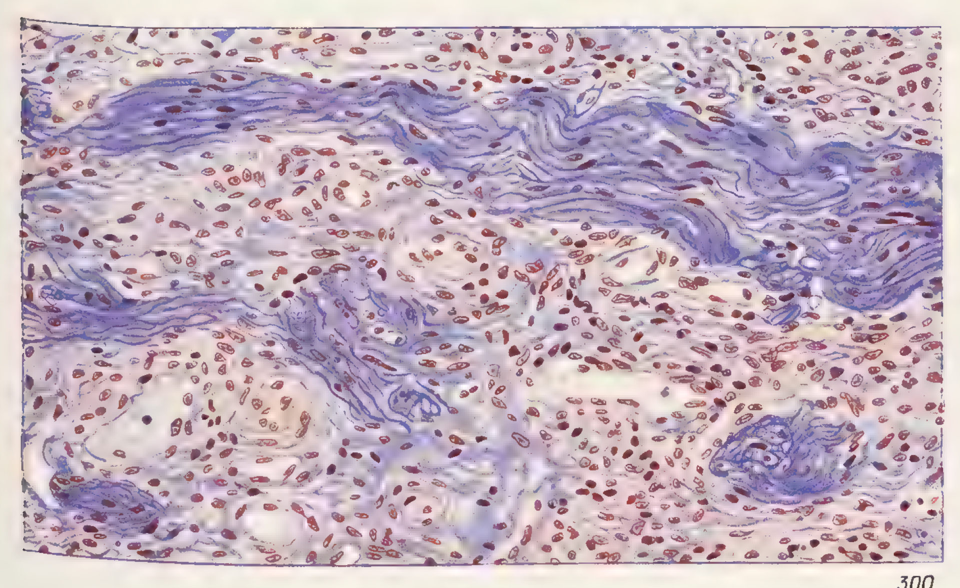


Fig. 11

300/1

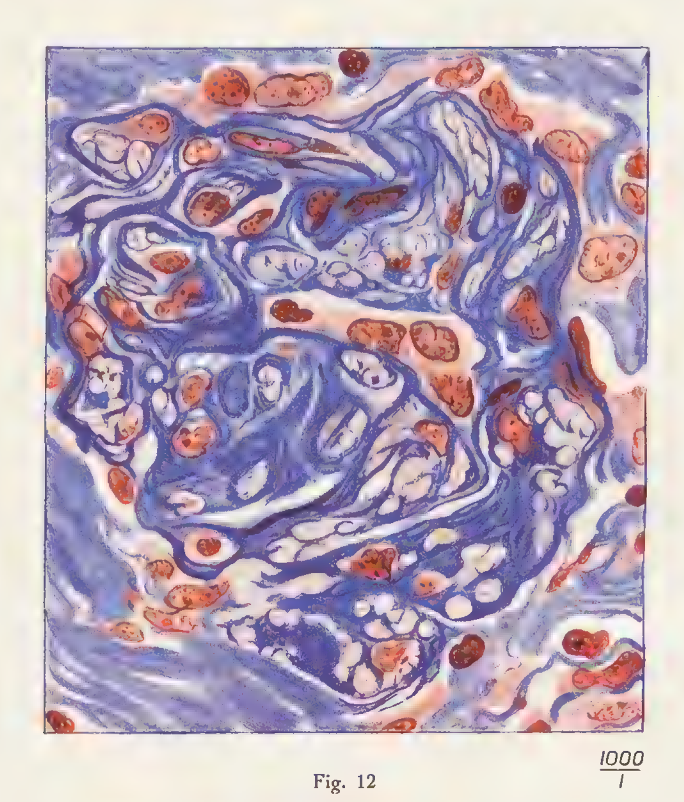


Fig. 12

1000/1

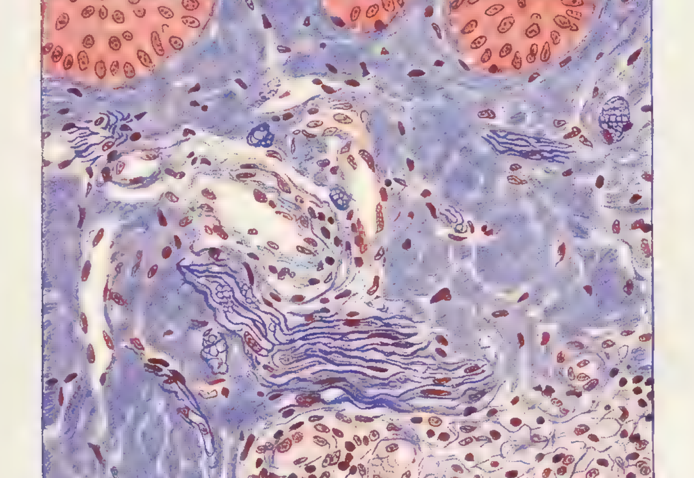


Fig. 13

300/1

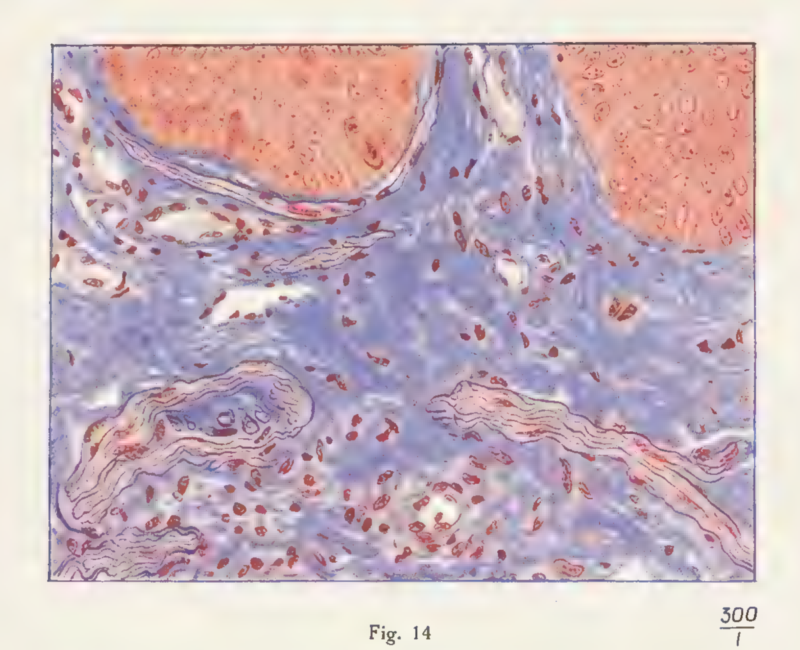


Fig. 14

$\frac{300}{1}$

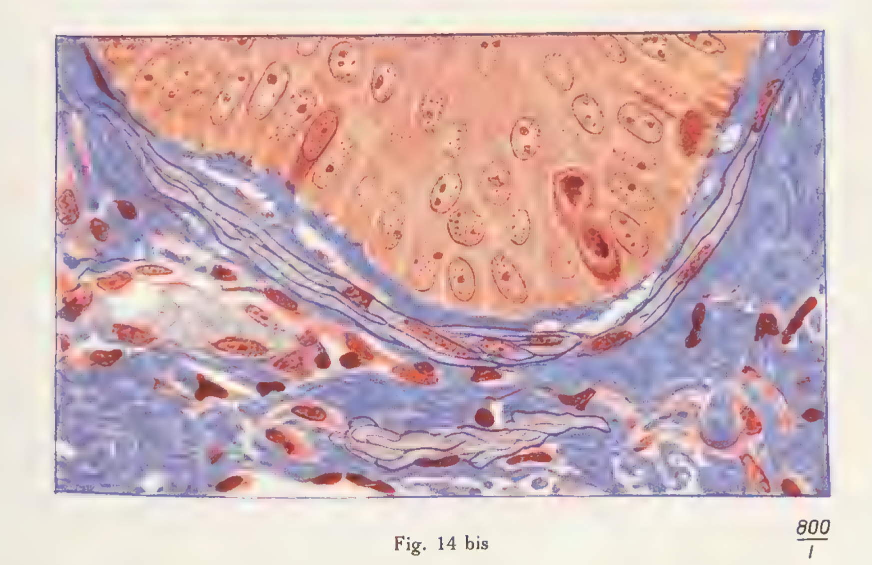


Fig. 14 bis

$\frac{800}{1}$

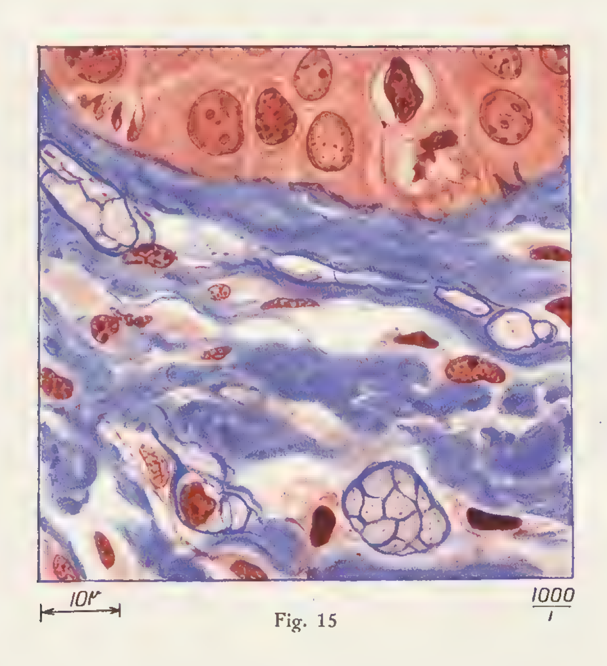


Fig. 15



Fig. 16

· ANNALES DE DERMATOLOGIE
VIIe Série, Tome V, N° 10, Octobre 1934

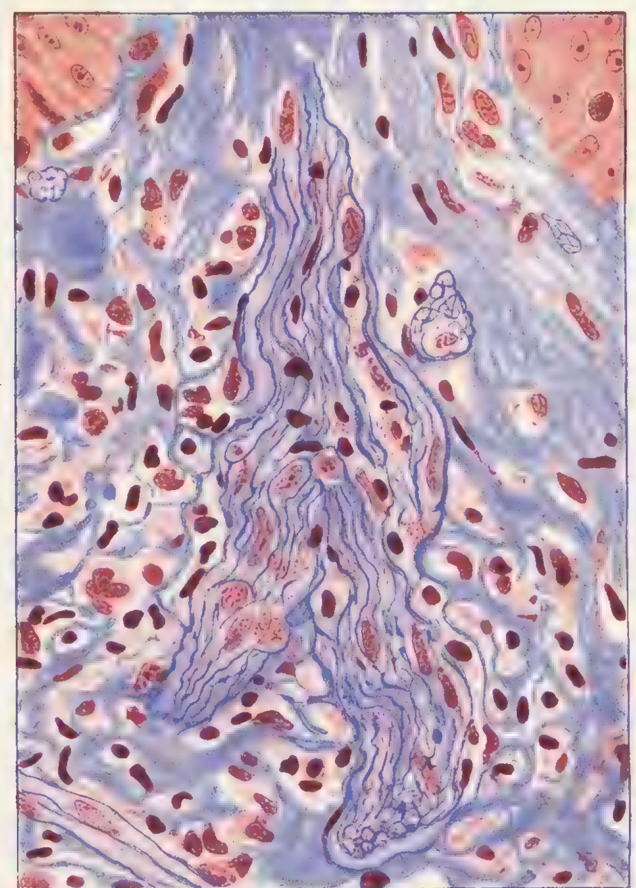
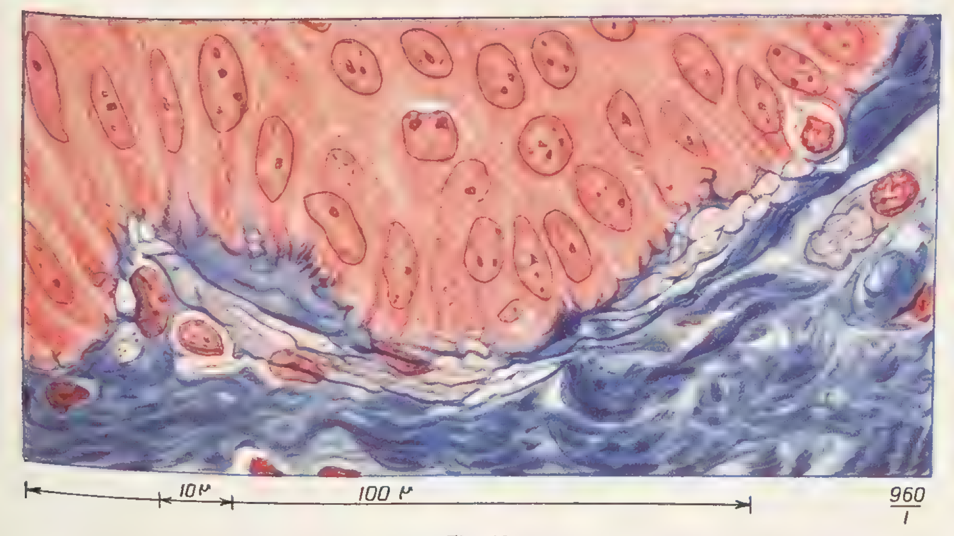


Fig. 17 — 800/1



960/1

Fig. 18

L'union de l'épiderme et du derme ne présente rien d'intéressant à signaler ; elle se fait normalement, sauf dans un cas, ou sur un point des coupes, et sur une certaine étendue, papilles et prolongements interpapillaires avaient disparu, derme et épiderme s'unissaient suivant une ligne droite, mais étaient séparés par un véritable décollement linéaire, les dernières assises de cellules épidermiques étant manifestement altérées. Ces lésions nous ont paru pouvoir être interprétées comme ces lésions profondes dues au grattage que Civatte a si bien décrites dans son article sur « Prurigos et grattage ».

On le voit, rien dans tout cela n'est caractéristique et tout ce tableau histologique de l'épiderme ne traduit que les lésions traumatiques, mécaniques, provoquées par le grattage.

Les lésions dermiques, par contre, sont beaucoup plus hautement spécifiques. Si les colorations habituelles, à l'hématoxyline-éosine, au safran, au van Gieson, sont excellentes pour l'étude de la couche cornée, elles sont totalement insuffisantes par contre pour l'étude du derme. Pour bien apprécier la nature de l'infiltrat, ses localisations, ses rapports avec le collagène et surtout pour pouvoir bien distinguer et suivre les lésions nerveuses que je vais décrire, il est indispensable de recourir aux trichromes de Masson, en particulier à l'hématoxyline ferrique, fuchsine acide, différenciation à l'acide phosphomolybdique et bleu d'aniline ou vert lumière (1).

(1) Je tiens à préciser ici la technique exacte que devront suivre ceux qui désirent contrôler mes résultats. Je rappelle tout d'abord que les colorations aux trichromes de P. Masson ne réussissent que sur des coupes fixées au Bouin. La fixation au formol est donc à rejeter. Quant à l'alcool, le plus déplorable des fixateurs, comment se trouve-t-il encore des histologistes pour l'employer ?

Pour être d'une lecture fructueuse, les coupes ne doivent être bien entendu ni trop épaisses, ni, non plus, trop minces : nous coupons toujours au 1/200e de millimètre pour obtenir des coupes de 5 μ.

Je rappelle ici la technique de P. Masson à l'hématoxyline ferrique, fuchsine acide, bleu d'aniline.

Colorer d'abord les noyaux à l'hématoxyline ferrique et différencier soit à l'alun de fer, soit à l'alcool picriqué.

Solution saturée d'acide picrique

dans l'alcool à 95	2 parties
Alcool à 95.	1 partie

Laver à fond à l'eau courante.

Porter les coupes pendant 5 minutes dans la solution suivante :

Ces lésions dermiques sont constituées par trois éléments : un infiltrat cellulaire, des lésions vasculaires et un développement extraordinaire d'éléments nerveux qui accompagnent pas à pas l'infiltrat et que jusqu'ici je n'ai retrouvé sous cette forme que dans la lichénification circonscrite nodulaire chronique. Ces trois éléments sont toujours proportionnels les uns aux autres ; je veux dire que plus l'infiltrat est abondant, plus les lésions vasculaires et plus les lésions nerveuses sont également abondantes, et inversement.

L'infiltrat est réparti soit en nodules plus ou moins arrondis ou vaguement polygonaux, soit en longues bandes ou traînées, nodules et bandes en général assez nettement circonscrits et distribués dans le derme superficiel, le derme moyen et descendant parfois jusqu'au niveau des glandes sudoripares. Nodules et traînées sont plus ou moins abondants suivants l'importance des lésions. Dans les cas où ces dernières sont particulièrement intenses, l'infiltrat peut former de véritables nappes et se retrouve d'une façon diffuse et clairsemée dans le corps papillaire.

Les coupes au trichrome permettent de suivre avec une grande netteté les réactions du collagène au contact de l'infiltrat. Au niveau des nodules et des traînées cellulaires, il est à peu près complètement détruit ; il ne persiste plus que sous forme de fibrilles d'une minceur extrême, formant un réticulum grêle et très délicat, servant vaguement de soutien aux éléments cellulaires ; sur certains points il a presque complètement disparu. Par contre, à la périphérie de l'infiltrat, il se condense en grosses fibres et paraît même par places légèrement scléreux.

Fuchsine acide (Krall ou Grubler). .	1 gr.
Acide acétique cristallisé	1 cm^3
Eau distillée	200 cm^3

Rincer à l'eau distillée.

Porter la coupe pendant 15 minutes dans un tube Borrel contenant :

Acide phosphomolybdique	1 gr.
Eau distillée	100 cm^3

Retirer les lames et, sans les rincer, les arroser avec 5 à 6 gouttes de bleu d'aniline de Grubler à saturation dans l'eau acétifiée à 2,5 o/o.

Durée de la coloration : 5 minutes. Rincer à l'eau distillée puis porter les coupes pendant 30 minutes dans un tube rempli d'eau acétifiée à 1 o/o, puis alcool absolu acétifié à 1 p. 300 pendant 30 secondes, alcool absolu, xylol, baume salicylé.

L'*infiltrat* est constitué dans sa très grande majorité par des lymphocytes et surtout des histiocytes. Accessoirement on y trouve des mastocytes et de très rares phasmocytes. Dans deux cas, j'ai trouvé une éosinophilie discrète, mais nette. Civatte (1) a décrit de petits amas de polynucléaires neutrophiles qui lui « paraissent indiquer, comme dans le prurigo de Hebra, des foyers nouveaux et marquer une extension de la lésion ou une rechute, ou peut-être correspondre à une crise de prurit ». On ne saurait mettre en doute une constatation faite par un anatomo-pathologiste de l'autorité de Civatte ; il est certain que ces petits amas de polynucléaires existaient dans le cas qu'il a examiné. Cependant, je dois dire que je ne les ai jamais retrouvés dans la quinzaine de cas que j'ai étudiés. Dans un seul cas, je l'ai dit, j'ai trouvé une large pustule épidermique profonde, et à son voisinage, l'infiltrat du corps papillaire contenait du polynucléaire. Je suis donc obligé de considérer cette présence comme accessoire et ne saurais lui faire jouer le rôle pathogénique que lui prête Civatte. Il a décrit encore, dans un cas, un amas de cellules géantes de Langhans, formation signalée également par Gans; il s'agissait d'une endo-vascularite thrombosante. Je n'ai rien observé de semblable et je ferai à ce propos la même observation que pour les amas de polynucléaires. Quelque intéressante que soit cette constatation au point de vue pathogénique, je ne puis voir là qu'une lésion occasionnelle et non constante.

En dehors des foyers d'infiltration, on trouve dans le collagène des fibrocytes, quelques histiocytes, quelques mastocytes et dans les cas où il y a éosinophilie dans l'infiltrat, quelques éosinophiles clairsemés. L'élastine est à peu près complètement détruite et ne se retrouve que sous forme de tronçons fragmentés.

Les lésions vasculaires marchent de pair avec l'infiltration et lui sont étroitement intriquées. Les vaisseaux sont nombreux, flexueux, manifestement dilatés et présentent presque toujours des cellules endothéliales volumineuses et turgescentes. Nous venons de signaler que Civatte a pu constater une endo-vascularite thrombosante. Ces lésions vasculaires se retrouvent jusqu'au contact de l'épiderme

(1) CIVATTE. Les prurigos. Rapport présenté au VIe Congrès des Dermatologistes de langue française. Masson, édit., Paris. 1929, p. 257.

et prennent par places une importance telle qu'on a un aspect légèrement angiomateux.

Mais la lésion la plus curieuse et qui me paraît spécifique de l'affection, car jusqu'ici je ne l'ai retrouvée dans aucune autre dermatose, c'est l'*hyperplasie colossale du tissu nerveux*. Si un œil habitué à la recherche des nerfs peut parfaitement les reconnaître même sur des coupes colorées à l'éosine ou au safran, les trichromes au bleu d'aniline ou au vert lumière sont indispensables pour bien en juger. Fait capital, cette hyperplasie nerveuse suit pas à pas l'infitrat. Elle est d'une abondance extraordinaire et telle qu'on peut, je crois, pour la désigner, employer le terme de névrome. Ces formations nerveuses occupent tantôt le centre des nodules d'infiltrat, tantôt siègent à leur périphérie ; parfois elles entourent presque complètement les nodules sur leur pourtour. Il s'agit de nerfs volumineux, importants, formés de très nombreuses fibres nerveuses engainées de collagène. Ils sont coupés en tous sens, tantôt longitudinalement, tantôt tangentiellement, tantôt tout à fait transversalement. Il en résulte une grande variété d'images. Il ne fait donc aucun doute qu'il s'agit de nerfs pelotonnés dans l'infiltrat et autour de l'infiltrat et coupés en tous sens suivant l'incidence de la coupe par rapport au trajet nerveux. On peut suivre parfois un long nerf coupé longitudinalement avec ses fibres parallèles et allongées, puis soudain le nerf a changé de direction, a plongé, et il se présente coupé transversalement, en rond de saucisson. La gaine de Schwan est presque toujours très développée et le trajet du nerf est semé de belles cellules schwanniennes hypertrophiées. Par places même il existe un léger degré de sclérose péri-nerveuse.

Il n'est pas toujours facile de déceler s'il s'agit de fibres nues de Remak ou de fibres myélinisées. Cependant le volume de ces nerfs et surtout l'importance de la gaine de Schwann permettent, je crois, d'affirmer qu'il s'agit de nerfs du système cérébro-spinal.

Quand l'œil s'est bien habitué à reconnaître ces formations nerveuses, on va d'étonnement en étonnement en constatant leur abondance invraisemblable à mesure qu'on étudie les coupes ; cette abondance, nous le répétons, est toutefois directement en rapport avec celle de l'infiltrat et les lésions à infiltrat pauvre contiennent beaucoup moins de tissu nerveux.

Si ces nerfs se constatent, une fois qu'on sait les voir, avec faci-

lité, dans tout l'infiltrat il est beaucoup plus difficile de les suivre dans leurs terminaisons. Ce n'est que dans un de nos cas que nous avons pu le faire. Sur ces coupes (fig. 15, 16, 17 et 18), on voit d'assez gros nerfs monter vers l'épiderme et s'arrêter à peu de distance de lui. Mais, lorsque avec l'objectif à immersion on suit attentivement la frontière dermoépidermique d'un bout à l'autre de la coupe, on trouve sur de très nombreux points, dans le corps papillaire, et au voisinage immédiat de la basale, des fibres nerveuses, groupées par 2, 3 ou 4, presque nues, à peine engainées de collagène. Parfois elles sont coupées transversalement, d'autres fois longitudinalement et suivent la basale pendant une certaine partie de leur trajet, n'étant séparées de cette dernière que par une mince bandelette de collagène. Sur un point même (fig. 18), au niveau d'un gros bourgeon inter-papillaire, on peut voir une fibre allongée, épousant le contour de ce bourgeon, puis lui faisant suite, trois fibres coupées transversalement, étroitement accolées aux cellules de la basale, en épousant le contour, incluses entre les pieds de ces cellules et la mince bandelette de collagène qui suit le contour de ces pieds.

Il ne fait donc aucun doute que les nerfs importants trouvés dans les couches moyennes et superficielles du derme, accompagnant l'infiltrat, se divisent au fur et à mesure qu'ils s'élèvent, en petits bouquets de fibres ou en fibres isolées, et que ces dernières doivent venir se terminer dans l'épiderme lui-même. Je n'ai pu malheureusement jusqu'ici les suivre dans leurs ultimes terminaisons. Il y faut une autre technique, celle des imprégnations, et toutes mes pièces étant fixées au Bouin ne se prêtent pas à cette recherche. Il me faut du matériel nouveau et l'on sait la rareté de la dermatose que j'étudie.

Signalons enfin que les cellules nerveuses de Merckel-Ranvier m'ont paru un peu plus nombreuses que d'habitude dans la basale et que la technique au nitrate d'argent ammoniacal ne m'a pas montré une augmentation, mais plutôt une diminution du pigment dans les deux cas où j'ai pu l'appliquer.

La présence de ce véritable névrome dans la lichénification circonscrite nodulaire chronique, qui n'avait jamais été signalée jusqu'ici, me paraît spécifique, jusqu'à maintenant, de cette affection, et je veux signaler ici que c'est la première fois que derrière

le symptôme « prurit » qui restait jusqu'ici purement subjectif, on trouve une lésion nerveuse, ce qui me paraît d'un haut intérêt.

Je regrette de n'avoir encore pu faire l'étude qui s'impose : celle de la peau avoisinant les gros nodules, afin de vérifier ce que deviennent les nerfs au voisinage de la lésion. Mais je veux déjà signaler à ce propos un fait curieux : l'ablation d'une de ces lésions par biopsie peut être suivie d'une récidive sur le bord de la cicatrice; j'ai eu l'occasion de le constater et mes collègues Zurhelle et Carol m'ont signalé l'avoir observé également.

INTERPRÉTATION PHYSIOLOGIQUE

Quelle signification faut-il donner à cette colossale hyperplasie nerveuse accompagnant pas à pas l'infiltrat de la lichénification circonscrite nodulaire chronique et venant se terminer dans l'épiderme ? La première hypothèse qui se présente à l'esprit, la plus simple — je dirai presque trop simpliste — est d'y voir la condition même, le substratum du prurit. Mais alors on devrait retrouver des formations analogues, à une échelle moindre, dans les autres lichénifications. Est-il nécessaire d'ajouter que j'ai fait aussitôt des colorations trichromiques sur les lichénifications ordinaires, sur des lichénifications géantes et sur des lichénifications verruqueuses. Or, je n'ai rien trouvé de semblable, mais seulement les rares et petits filets nerveux que l'on peut trouver en tout point de la peau, au niveau des sudoripares, et parfois un filet nerveux minuscule dans l'infiltrat. Cette première hypothèse ne tient pas : il peut y avoir prurit sans lésions nerveuses décelables; c'eût été trop simple.

Et pourtant voilà la première fois que sous un prurit violent on décèle une lésion nerveuse, et d'importance. On m'objectera qu'il peut exister du « prurigo nodularis » sans prurit? Je n'en connais qu'un cas, celui de Darier et Roberti et l'histologie en aurait été bien intéressante à étudier. Dans tous les cas, au contraire, le prurit est des plus violents, intolérable ; dans une observation, je lis que la malade, ne se satisfaisant pas par le grattage, mordait ses lésions à pleines dents. Lorsque dans une telle lésion qui peut durer 10, 15, 20 ans, qui s'accompagne d'un prurit aussi extraordinaire, on trouve un véritable névrome, il est bien difficile

de ne pas établir un rapport entre la lésion et le prurit d'une part et le névrome de l'autre. Mais quel rapport? Il est bien difficile d'y répondre.

Nous ignorons tout en effet de la physiologie du prurit. Où naît-il? Dans des organes du tact, qui normalement ne nous transmettent que des sensations euphoriques? Dans ce cas ce serait le sympathique qui jouerait. Où vont se terminer toutes ces fibres nerveuses si nombreuses que l'on voit monter vers l'épiderme? Corpuscules sensoriels, placodes? S'épuisent-elles au niveau du corps muqueux et sous quelle forme? Autant de questions auxquelles nous sommes encore incapables de répondre.

Ces innombrables nerfs et filets nerveux que l'on trouve dans les coupes sont-ils sensibles par eux-mêmes? Sensibles aux contacts, aux pressions, aux traumatismes du grattage?

Une hypothèse se présente également à l'esprit devant cette prolifération nerveuse extraordinaire. Y aurait-il rupture, déchirure de nerfs par les grattages violents? Cette hyperplasie nerveuse serait-elle, en petit, l'équivalent d'un névrome d'amputation? Ce n'est pas impossible.

On peut affirmer en tout cas, que le nodule de la lichénification circonscrite nodulaire chronique se présente, histologiquement, comme un central téléphonique remarquablement agencé et que les voies de communication pour la transmission des sensations douloureuses sont innombrables.

On voit toute la série de questions posées par la constatation de ce névrome et l'intérêt considérable qui s'y attache.

Des études ultérieures nous permettront peut-être de répondre aux questions que nous venons de soulever. En tout cas, le problème est posé et je demande à tous ceux qui étudieront désormais un cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique — *prurigo nodularis* — de vouloir bien vérifier mes constatations et de s'efforcer de contribuer à la solution du problème.

Travail de l'Institut Dermato-Vénérologique de Kiev.
(Directeur : Dr. V. P. Sourgik).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE DERMOTROPISME DES MICROBES DANS LES CAS DE STAPHYLODERMIE

Par le Prof. E M. LÉVINE et les Drs. J. M. LÉVINE, M. M. LÉVINE et M. S. RABINOVITCH

Le tégument cutané qui isole l'organisme humain du monde extérieur doit être considéré au point de vue bactériologique comme un terrain pour les associations de microbes. La doctrine nouvelle des associations de microbes, les lois biologiques de la luttte pour l'existence, la complexité des relations mutuelles entre le parasite et l'hôte, tout cela trouve son champ d'application dans le tégument cutané.

Nous avons tenté d'étudier dans ce travail la question relative au dermotropisme des agents pathogènes provocateurs de la pyodermie. Le riche matériel que donne la littérature dermatologique permet de poser les deux questions suivantes dans toute leur étendue : que faut-il considérer comme la cause de ces affections cutanées ; est-ce la propriété du sujet lui-même, sa constitution, ses facultés défensives à l'égard de l'infection, les propriétés immunobiologiques de son tégument cutané, ou bien est-ce une propriété dermotropique particulière des races de staphylocoques et de streptocoques qui provoquent la maladie? Quel est celui de ces faits qui prévaut ? Que peut-on considérer comme le moment dominant de cette résultante qui se manifeste dans une des formes de la pyodermie : est-ce le microbe ou bien l'hôte, ou bien encore la combinaison de l'un et de l'autre, et en quoi cette combinaison et leur liaison mutuelle se manifestent-elles ? En examinant les formes variées des pyodermies et leur liaison avec les microbes, nous devons nous poser tout d'abord la question suivante : peut-on établir en général les faits du dermotropisme des staphylocoques et des streptocoques, ou bien, répétons-le, les affections purulentes

aiguës de la peau ne seraient-elles pas le résultat d'une action mutuelle compliquée de ces deux actes?

Une voie expérimentale doit être tracée dans ce but, dont les contours se dessinent déjà dans le présent travail. Nous nous arrêterons tout d'abord à la méthode de définition de la virulence bactérienne, celle des staphylocoques en particulier. On sait qu'il existe plusieurs procédés usités pour définir la virulence bactérienne. Quelques auteurs supposent que les staphylocoques pathogènes à l'égard de l'homme, possèdent des facultés hémolysantes. Mais ces auteurs ne sont pas complètement d'accord, quant à la corrélation entre la pathogénie du staphylocoque et sa faculté hémolysante. C'est pourquoi cette méthode ne peut avoir qu'une valeur relative. Les autres méthodes de définition de la virulence staphylococcique (faculté de faire tourner le lait, de liquéfier la gélatine, etc.) sont de la même valeur. Ces méthodes biologiques de laboratoire, employées pour les recherches, sont donc loin de refléter l'essence même du processus intime qui se déroule dans l'organisme vivant en cas d'infection.

La méthode de définition de la virulence staphyloccique à laquelle nous nous sommes arrêtés est celle d'expériences effectuées sur les animaux. Les données de Römer, de Neisser, de Gins, de Dold, ainsi que les observations non publiées du professeur B. I. Klein, chef de la section de sérologie de l'Institut San-Bactériologique de Kiev, nous ont servi de point de départ. On emploie habituellement, en qualité d'animaux d'expérience des lapins, des cobayes et des souris blanches. En effectuant une expérience complète sur l'une des espèces de ces animaux, on peut obtenir des données comparées, données qui pourront servir à indiquer la virulence de diverses espèces de bactéries. Afin de définir la virulence des bacilles de la diphtérie et de leurs toxines, Römer, Neisser et Gins les ont injectés par voie intracutanée à des cobayes. Leurs expériences donnent lieu de supposer que les processus toxiques locaux et généraux jouent un rôle plus important qu'on ne le pensait jusqu'à présent, en cas d'infection par bactéries. Dold a employé pour définir la virulence, une méthode d'injections intracutanées, pratiquées sur des lapins et sur des cobayes. Il a entrepris une série d'expériences avec une grande quantité de bactéries, au nombre desquelles se trouvaient le staphylocoque doré et le staphylocoque blanc, le streptocoque, le

B. Coli et d'autres. Les expériences avec les streptocoques ont parfois donné à cet auteur des processus nécrosants. Les staphylocoques dorés et les staphylocoques blancs isolés par lui d'angines et de furoncles ont parallèlement à une action inoffensive, exercé une action toxique et nécrosante à un grand degré. Pour le *B. Coli* isolé dans les cas de cystoïdes et de cysto-pyélite, Dold a observé, à côté de souches inoffensives, des souches donnant une réaction inflammatoire et nécrosante. Dold croit que la peau des lapins réagit plus fortement que celle des cobayes à l'introduction de bactéries vivantes : pour obtenir une réaction de force égale, il a injecté aux lapins un cinquième de la quantité de bactéries, injectée aux cobayes. Dold croit que certaines affections staphylococciques et streptococciques de divers organes de l'homme sont provoquées par des types toxiques particuliers de bactéries. Selon Dold, l'absence de réaction cutanée chez le lapin et chez le cobaye permet de supposer que la même bactérie peut exercer une action toxique dans un autre tissu, chez un autre animal et dans des conditions différentes. Le professeur B. I. Klein a fait des expériences d'injections intracutanées de bactéries vivantes à des lapins et à des cobayes. A son avis, certain parallélisme serait observé entre les modifications réactives chez les animaux et la pathogénie clinique chez l'homme.

Nous allons exposer à présent nos expériences. Notre matériel comprend 122 hommes. 82 de nos expériences ont été effectuées sur des lapins et 40 sur des cobayes. Nous avons, en outre, fait des expériences sur des cobayes avec de vieilles cultures de laboratoire. Dans le nombre des sujets chez qui nous avons étudié au moyen d'injections par voie intracutanée aux lapins, le dermotropisme des staphylocoques pris sur la peau, 20 personnes se trouvaient en bonne santé et nous avaient servi en qualité de contrôle; les autres étaient atteintes de diverses formes de staphylodermie (voir les tableaux). Parmi les sujets, sur la peau de qui on avait pris des staphylocoques, dont le dermotropisme avait été étudié sur les cobayes, 22 personnes se portaient bien et nous ont servi en qualité de contrôle ; 18 sujets étaient atteints soit de furoncles, soit d'anthrax. Pour étudier la virulence des staphylocoques, le pus avait été pris dans le cas des sujets, atteints de staphylodermie, dans les foyers fermés d'infection, c'est-à-dire aux foyers qui n'avaient pas

encore percé. En outre, dans une partie de nos cas, où le pus n'avait pas été pris aux foyers d'infection, nous avons défini la virulence des staphylocoques se trouvant sur les parties saines de la peau, loin de l'endroit lésé. Dans ce but, un tampon stérile d'ouate, trempé dans une solution physiologique stérile de sel de cuisine, était passé sur la peau à plusieurs reprises ; nous avions soin d'appuyer légèrement chaque fois sur la peau. Par expression du tampon, on en ensemençait le contenu dans une boîte de Pétri où se trouvait le milieu de gélose employée. Après avoir obtenu dans la boîte un développement de microbes, nous faisions une ségrégation de plusieurs colonies staphylocciques, que nous ensemensions sur gélose inclinée. Nous nous servions d'une culture d'un jour, et le staphylocoque isolé sur la gélose inclinée était injecté aux animaux par voie intradermique. On définissait de la même manière la virulence des staphylocoques, chez les sujets de contrôle. Nous avons pratiqué nos injections dans la peau du ventre exclusivement. La veille du jour de l'expérience, le poil y était rasé. Nous avons fait de 3 à 5 épreuves simultanément sur le même animal, avec des souches diverses, ce qui facilitait la tâche pour juger de la réaction de telle souche précise chez le même animal. Nous avons toujours observé pendant 10 jours les résultats des injections. Nous avons injecté, par voie intracutanée, par 0 cc. 2 d'émulsion staphylococcique aux lapins, et par 0 cc. 3 aux cobayes. Pour obtenir cette émulsion, nous avons pris 1 centimètre cube de solution physiologique stérile de sel de cuisine et nous y avons toujours plongé 5 milliards de corps bactériens vivants. Le signe + nous a servi pour désigner l'effet tissulaire obtenu sur la peau du ventre de l'animal. Le nombre de ces plus (+) variait dans nos expériences de 1 à 5. Pour l'évaluation de la réaction, nous nous sommes fondés sur les points suivants : rougeur plus ou moins vive ; infiltration plus ou moins grande ; papule plus ou moins grande. La nécrose au point d'injection a été marquée spécialement. Le caractère négatif de la réaction tissulaire a été marqué par le signe —.

Les tableaux n°s 1, 2 et 3 présentent les résultats de nos recherches sur le dermotropisme avec emploi de lapins en qualité d'animaux d'expérimentation. Notre matériel nous a permis, ainsi que le montrent nos tableaux, de dresser une échelle de la virulence staphylo-

coccique. Ce qui saute tout d'abord aux yeux, ce sont les oscillations entre les souches prises sur les différentes parties de la peau chez des sujets exempts de pyodermie et les souches ensemencées stérilement des foyers pyodermiques chez des sujets, atteints de diverses formes de pyodermie. On observe, en outre, une différence marquée entre les résultats dus aux injections intracutanées de cultures isolées chez des sujets exempts de pyodermie et les résultats des expériences avec des cultures isolées des parties saines de la peau chez des sujets, atteints de pyodermie. Ainsi qu'il résulte de la table n° 1 l'effet tissulaire sur la peau du ventre du lapin se trouve dans les limites de — et 2 +; dans un cas, nous avons obtenu une réaction de 3 + et dans un cas — une réaction de 4 +. Cette réaction disparaît dès le quatrième jour ; dans trois cas seulement, elle a duré jusqu'au cinquième jour, et dans un seul cas — jusqu'au sixième.

Ainsi qu'il résulte du tableau n° 3, les résultats les plus excep-

TABLEAU N° 1

Expériences avec des cultures isolées de différentes parties de la peau, chez des sujets exempts de pyodermie.

N° de la culture	Dimension de la réaction par jours									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	++	+	+—	+—	—	—	—	—	—	—
3	++	+—	+—	+—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	++	+—	+—	+—	+—	—	—	—	—	—
7	++++	+++	++	++	+	+—	—	—	—	—
8	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	+—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	++	+	+—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	+	+—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	+++	++	+	+—	—	—	—	—	—	—
15	++	+	+	—	—	—	—	—	—	—
16	+—	+—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	++	+—	+—	—	—	—	—	—	—	—
18	+	+	+—	+—	—	—	—	—	—	—
19	++	++	+	+—	+—	—	—	—	—	—
20	+	+—	—	—	—	—	—	—	—	—

TABLEAU N° 2

Expériences avec des cultures, isolées de différentes parties de peau saine, se trouvant loin des lésions pyodermiques, chez des sujets atteints de pyodermie.

N° de la culture	Diagnostic	Dimension de la réaction par jour									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Furonculose disseminée	++	+++	+++	++	++	+	+−	+−	−	−
2	»	++	++	++	+	+	+−	−	−	−	−
3	»	+++	+++	++	++	+	+	+−	+−	−	−
4	Furonculose locale	+++	++	+	+	+−	−	−	−	−	−
5	»	++	+	+	+−	−	−	−	−	−	−
6	»	++	+	+−	+−	−	−	−	−	−	−
7	»	+++	+++	+	+	+−	−	−	−	−	−
8	Charbon	+++	+++	++	+	+	+−	−	−	−	−
9	»	+	+−	−	−	−	−	−	−	−	−
10	»	+++	++	+	+	−	−	−	−	−	−
11	Furoncle	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
12	»	++	+	−	−	−	−	−	−	−	−
13	»	++	++	+	+−	−	−	−	−	−	−
14	»	+−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
15	Hydrosadénite	++	+	−	−	−	−	−	−	−	−
16	»	++	−	−	−	−	−	−	−	−	−
17	»	++	+	+−	−	−	−	−	−	−	−
18	»	++	++	+−	+−	+−	−	−	−	−	−

tionnels ont été obtenus dans les cas de furonculose disséminée. Dans ces cas, les staphylocoques dorés ont provoqué une action fortement toxique et nécrosante. Si l'on compare ces données avec les résultats que présente le tableau n° 1, on observera la différence suivante : les cultures prises sur la peau des sujets sains ont provoqué une légère infiltration qui a vite passé ; les tissus ont repris leur aspect normal ; tandis que les souches, isolées de furoncles dans les cas de furonculose disséminée, ont provoqué une vive rougeur, une très grande infiltration et des nécroses étendues pendant 3 à 6 jours. Il résulte donc de nos expériences que dans les cas de furonculose disséminée, nous avons affaire à un type toxique particulier de bactéries, resp. à une variété dermotropique de staphylocoques. Les résultats que nous ont donnés les cas d'anthrax coïncident avec ceux qui ont suivi les cas de furonculose disséminée. Ainsi qu'il résulte du tableau n° 3, l'effet tissulaire obtenu sur la

Tableau n° 3

Résultats des expériences pour la recherche du dermotropisme avec des cultures ensemencées stérilement de foyers pyodermiques chez des sujets atteints de différentes formes de pyodermie.

N° de la culture	Diagnostic	Dimension de la réaction par jour									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Furonculose disséminée	++	++	+++	+++	++	++	++	+	+	+—
2	»	+	++	+++	+++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Sécr de pus	++	+
3	»	+++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Sécr. de pus	++	+
4	»	++	++	+++	+++	+++	++	++	+	+	+—
5	»	+++	+++	++++	++++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	++ Sécr. de pus	+
6	»	+++	+++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	++ Sécr. de pus	+	+—
7	»	++	++	+++	+++	++	++	+	+	+—	—
8	»	+	++	+++	+++	++	+	+	+—	+—	+—
9	»	+++	+++	+++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr. atténuée	++ Nécr. atténuée	+ Traces de nécr.	+— Traces de nécr.
10	»	++	+++	+++	+++	++	++	+	+	+—	—
11	Furonculose, durée : un an environ	++++	++++	++++	+++	+++	++	++	++	++	+

12	*Anthrax*	++	+++	++++	++++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	++ Sécr. de pus	+	+
13	»	+	++	+++	++++	+++	+++	++	++	+	+−
14	»	+++	+++	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	++ Sécr. de pus	+	+−	−
15	Furoncle	+−	+	++	+++	+++	++	++	+	+−	−
16	»	++++	++++	+++	+++	++	++	+	+−	−	−
17	»	++	++	+++	+++	++	++	+	+	+−	−
18	»	−	++	+++	+++	++	++	++	+	+	+−
19	»	+++	++++	++++	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	++ Sécr. de pus	+	+	+−
20	»	++	+++	+++	+++	++	++	+	+−	+−	−
21	»	−	+−	+	++	++	++	+	+−	++	−
22	»	+++	+++	++++	+++	+++	++	++	+	+	+−
23	Furonculose locale	++	++	+++	++++	++++	+++	++	++	++	+
24	»	++	+++	++++	++++	+++	+++	+++	++	++	+
25	»	++	+++ Nécr.	++++ Nécr.	++++ Nécr.	+++ Nécr.	+++ Nécr.	++ Nécr.	++ Sécr. de pus	++	+
26	»	++	++	+++	+++	+++	++	++	+	+−	−
27	»	++	+++	+++	+++	+++	++	++	+	+	+−
28	Sycosis	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
29	»	++	++	++	+	+	+	+−	−	−	−
30	»	++	++	++	++	+	+	+−	−	−	−
31	»	+	+	++	+	+	+−	−	−	−	−
32	»	+	+	+	+	+	+	+−	−	−	−
33	»	+	+	+	+	+	+−	−	−	−	−
34	»	+	+	+−	+−	−	−	−	−	−	−
35	»	+	+	+	+−	+−	−	−	−	−	−
36	»	+	+	+−	+−	+−	−	−	−	−	−
37	»	−	+−	+−	+−	−	−	−	−	−	−
38	»	+	+	+	+	+−	+−	−	−	−	−
39	Hydrosadénite	++	++	+++	++	++	+	+	+−	−	−
40	»	++	+++	+++	++++	++++	+++	+++	++	++	+
41	»	++	++	+++	+++	++	++	+	+	+−	+−
42	»	+	++	++	+++	+++	++	+	+	+−	+−
43	»	+	+	++	++	+	+	+−	+−	−	−
44	»	++	++	++	+	+	+	+−	−	−	−

peau du ventre de l'animal dans les cas de furonculose locale et disséminée : les nécroses s'y rencontrent beaucoup moins souvent. Les résultats obtenus dans les cas d'hydrosadénite sont très proches de ceux qu'ont donnés les cas de furonculose locale. Un certain dermotropisme assez peu intense, il est vrai, est observé également dans les cas de sycosis. Si l'on compare les résultats des expériences, présentés par le tableau n° 2 avec ceux du tableau n° 1, on verra clairement que les souches isolées sur diverses parties de la peau, éloignées des lésions pyodermiques, chez les sujets atteints de pyodermie, manifestent parfois un certain degré de virulence. Cela se remarque surtout pour les cas de furonculose disséminée.

Le tableau n° 4 présente les résultats d'injections intracutanées de culture de laboratoire obtenus sur les cobayes. Quant aux résultats obtenus sur les cobayes avec des cultures prises aux foyers pyodermiques, nous signalerons qu'en employant ces animaux, nous avons encore une fois conclu à l'existence d'une variété dermotropique particulière parmi les races de staphylocoques qui se trouvent dans les foyers pyodermiques chez les sujets atteints de furonculose disséminée et d'anthrax.

Nous concluons donc, en nous basant sur nos recherches, que pour les cas de pyodermite, la méthode de recherches qui s'impose est celle de l'épreuve du rapport histo-biologique des bactéries, resp. des staphylocoques, le « Gewebsbiologisches Verhalten » pouvant servir de complément au diagnostic bactériologique. Cette réaction tissulaire locale indique le degré de virulence du staphylocoque. C'est pourquoi elle doit avoir une importance éminente pour l'appréciation du tableau clinique de l'affection.

Un type toxique particulier de microbe semble jouer un rôle dans les cas de furonculose tenace où l'on ne peut constater aucune des causes prédisposantes (surmenage, choc nerveux, excès, état de faiblesse consécutif à des maladies aiguës, troubles de nutrition, comme le diabète, la cachexie, etc.).

Nous concluons ensuite que l'une des causes fondamentales de la furonculose locale est une variété dermotropique particulière du staphylocoque dans les foyers d'infection. En vertu du dermotropisme, l'infection se propage plus facilement, si le pus d'un furoncle ouvert vient à salir la chemise du malade.

En dernier lieu, nos recherches donnent lieu à une question nou-

Tableau n° 4.

N° et nom de la culture de laboratoire	Dimension de la réaction par jour									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Staphylocoque blanc. .	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—
2. Staphylocoque doré . . .	+ —	+ —	+ —	—	—	—	—	—	—	—
3. Staphylocoque blanc. . .	+	+ +	+	+ -	—	—	—	—	—	—
4. Staphylocoque doré . . .	+ + +	+ + + +	+ + +	+ + +	+ +	+	+ —	—	—	—

velle : c'est la question du traitement des staphylodermies par le vaccin staphylococcique individuel, par le bouillon-vaccin individuel et par le bactériophage individuel.

Nous poursuivons en ce moment une série de recherches dans cette direction.

Bibliographie

Dold. — *Centralblatt für Bakteriologie,* Bd. CII und Bd. CIII.

LES VARIATIONS EN TAUX DES PROTÉINES DU SÉRUM SANGUIN DES ENFANTS ECZÉMATEUX

Par le Médecin-chef D. STEIGER-KAZAL.
Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de Budapest,
Professeur L. A. Nékam.

Des auteurs français (Ribadeau-Dumas, Lévy) ont publié en 1928, en se basant sur des expériences relativement peu nombreuses, que l'albumine du sérum diffère de la quantité normale chez les enfants et nourrissons atteints d'eczéma et que ces divergences accusent une certaine régularité. Ils ont observé que la quantité de l'albumine sérique est notablement diminuée ; elle diminue d'autant plus que l'eczéma est plus étendu, plus grave ou plus ancien, tandis qu'elle augmente par son amélioration et sa guérison ainsi qu'en cas de suralimentation en albumine. On n'a pas trouvé de corrélation avec la pénurie éventuelle d'albumine dans le lait maternel. On a supposé que l'hypoprotéinémie est peut-être due à la mauvaise assimilation des protéines.

Ces constatations ont été contrôlées par MM. Grenet et Bonnet sur 31 adultes souffrant d'eczéma. Les résultats — surtout à première vue — semblaient être fort différents, mais une certaine régularité s'y montrait quand même. Les eczémas soi-disant « essentiels », surtout s'ils existaient de longue date, accusaient une diminution de protéine, tandis que les eczémas artificiels montraient une augmentation. La grande déshydratation de certains eczémateux n'altère pas la teneur en protéine dans un certain sens. On ne considère pas l'hypoprotéinémie comme la conséquence de la « liquéfaction » générale du sang, car il a été constaté en même temps que le nombre des globules rouges n'est pas modifié.

Ces expériences, du reste très intéressantes, n'ont pas eu d'autre écho. Cependant M. Ivakiri a communiqué en 1931 avoir trouvé des divergences en ce qui concerne les globulines des malades affectés d'eczéma et Cerutti en 1932 a rendu compte que la quantité globale de protéine accusait une diminution de 10 o/o environ suivant la gravité de l'eczéma. Cerutti pense que les protéines sortent du circuit sanguin à travers les veines de l'épiderme affecté d'eczéma. Les nouvelles communications sont dans les grandes lignes concordantes avec les premières, toutefois M. Murakami apporte une constatation diamétralement opposée en parlant de l'augmentation de protéine chez des malades souffrant d'eczéma.

Après ces résultats divergents et des expériences relativement peu considérables, il me semblait intéressant d'essayer de tirer la question au clair par des examens faits sur d'autres malades.

Il fallait choisir une méthode susceptible de déterminer non seulement la totalité de protéine, mais encore les quantités respectives d'albumine et de globuline, voire même deux fractions d'albumine et de globuline pour être plus précis. La méthode décrite en 1931 par M. Daranyi semblait être très adéquate à ce but. Suivant celle-ci les différentes fractions d'albumine peuvent être dissoutes par des solutions de sulfate d'ammonium ; c'est pourquoi on ajoute au sérum des solutions différentes de sulfate d'ammonium et on constate la teneur en protéine de la partie non dissoute. D'après la méthode de Daranyi il y a lieu d'établir le poids des fractions de protéine à l'aide d'une balance analytique spéciale. A défaut d'une balance voulue et en vue d'éliminer les erreurs éventuelles provenant des pesées analytiques, les papiers-filtrants séchés ont été brûlés dans des récipients de Kjehldal contenant 10 centimètres cubes d'acide sulfurique et une quantité voulue de poudre de sulfate de potasse et de sulfate de cuivre et leur teneur en Na a été établie d'après la méthode de Kjehldal. Le titrage avec *n*/100 de thiosulfate de natrium se faisait iodométriquement. Ce sont les chiffres ainsi obtenus, concordant avec les valeurs normales de Daranyi, qui ont été utilisés pour calculer les fractions. Ces chiffes nous fournissent la quantité globale de protéine, celle des albumines et des globulines, le quotient de protéine ainsi que deux fractions d'albumine et de globuline, en un mot tout le « Eiweissbild ».

Nous avons fait l'examen du sérum de 5 adultes et de 4 enfants

parfaitement sains ainsi que celui de 52 nourrissons et enfants affectés d'eczéma. Le nourrisson le plus jeune avait 5 mois et l'enfant le plus âgé de 12 ans. L'âge de démarcation entre nourrissons et enfants a été fixée à 20 mois. Les enfants eczémateux ont été divisés en deux groupes : le premier comprenant ceux souffrant de séborrhée, tandis que le deuxième était constitué par les enfants, qui, aux dires de leurs parents, n'avaient jamais eu de symptômes de séborrhée étant nourrissons et dont l'eczéma présentait une forme humide, diffuse ou infiltrée et existait depuis plus ou moins longtemps. Les enfants du deuxième groupe avaient au moins 2 ans, deux exceptés. Nous avons ainsi eu affaire à 5 catégories de malades : 1° adultes sains (5) ; 2° enfants sains (4) ; 3° nourrissons séborrhéiques (21) ; 4° enfants séborrhéiques (13) et 5° enfants eczémateux (sans séborrhée) (15).

Quant à l'appréciation des résultats, nous avons admis comme quantité normale pour l'albumine plus de 60 o/o et pour la globuline moins de 40 o/o. Dans ces limites, pour le sang normal, la fraction A de l'albumine est supérieure à 40 o/o, la fraction B est inférieure à 25 o/o, tandis que la fraction G de la globuline est inférieure à 25 o/o et l'autre D inférieure à 15 o/o. Si en conséquence le montant des deux fractions d'albumine est au-dessus de 60 o/o et celui des deux fractions de globuline en-dessous de 40 o/o pour les personnes saines, le quotient de protéine (65 : 35) serait environ 1,8. C'était à peu près le résultat trouvé par M. Cerutti (1,78) qui avait constaté dans le sérum des personnes normales et saines des valeurs normales de 64,11 o/o d'albumine et de 35,89 o/o de globuline. Voici les valeurs moyennes que j'ai constatées chez des enfants et adultes sains. Enfants : albumine : 65,63 o/o ; globuline : 34,37 o/o et 1,91 quotient de protéine ; adultes : 62,01 o/o d'albumine, 37,99 o/o de globuline et 1,64 de quotient de protéine. Ces chiffres prouvent l'exactitude du procédé. Dans les deux mêmes groupes la valeur moyenne de la protéine globale est, exprimée en pourcentage, respectivement de 7,03 et 7,08. Ces chiffres prouvent que les valeurs concernant la protéine du sérum sont à peu près égales tant en ce qui concerne les adultes que les enfants sains.

Examinons maintenant les données figurant sur les 4 premières lignes du tableau ci-contre. Il suffit d'un coup d'œil pour consta-

Groupe	Moyenne en o/o de			Moyenne de quotient d'albumine
	Protéine globale	Albumine	Globuline	
Nourrissons séborrhéiques . . .	6,61	69,20	30,80	2,25
Enfants séborrhéiques	6,67	68,88	31,12	2,21
Enfants et nourrissons séborrhéiques	6,64	69,04	30,96	2,23
Enfants eczémateux non séborrhéiques	6,95	73,37	26,63	2,72
Enfants sains	7,03	65,63	34,37	1,91
Adultes sains	7,08	62,01	37,99	1,64

ter que celles-ci sont différentes de celles des personnes saines. Les enfants et nourrissons séborrhéiques accusent pour ainsi dire les mêmes valeurs de protéine de sorte qu'il était inutile de les ranger en deux groupes séparés. On l'avait fait parce que les symptômes cliniques très graves des nourrissons séborrhéiques (humidité, grosses croûtes, exfoliation généralisée) avaient permis de supposer qu'il y aurait des différences plus importantes en ce qui concerne la protéine du sérum que chez les enfants atteints de séborrhée moins grave. Voici les valeurs générales découlant de l'ensemble des données obtenues à l'examen des enfants et nourrissons séborrhéiques : protéine globale : 6,64 o/o ; albumine globale : 69,04 ; globuline globale : 30,96 o/o ; quotient d'albumine : 2,23. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux figurant à la 4e ligne du tableau (enfants non séborrhéiques mais eczémateux). Il en ressort que la protéine globale est un peu supérieure et se rapproche davantage de la normale et que la divergence est plus grande au profit des albumines, ce qui donne un quotient de protéine plus élevé.

En rapprochant les chiffres des résultats détaillés et relatifs à la protéine globale des données pathologiques, nous n'avons pas pu trouver une régularité confirmant l'expérience d'autres auteurs suivant laquelle plus l'eczéma est ancien et étendu, en général plus il est grave, moins la quantité de protéine globale est grande. Il est indubitable que la protéine a été dans certains cas graves très inférieure, mais nous avons aussi trouvé des valeurs inférieures dans des cas souvent peu intenses. Nous n'avons pas non

plus réussi à trouver une corrélation entre le caractère aigu ou chronique de l'affection et la quantité de protéine.

Il aurait été également très intéressant de constater une régularité quelconque dans l'attitude des fractions d'albumine et de globuline. Dans le sérum normal les fractions A, B (albumine) et C, D (globuline) devraient suivre à peu près le schéma numérique ci-après : A 42,5 ; B 22,5 ; C 22,5 ; D 12,5. Dans des tuberculoses, syphilis, tumeurs malignes, suppurations latentes — suivant la durée et la gravité de l'affection — une divergence régulière s'observe vers la gauche (albumine), de sorte que la diminution de la fraction A entraîne en premier lieu l'augmentation de la fraction B et, seulement après, celle des fractions globuline, ce qui veut dire en même temps que dans des cas moins graves le quotient de protéine ne subit éventuellement pas du tout de changement.

Etant donné ce qui précède, nous n'avons pas pu établir de régularité. Au contraire les valeurs moyennes de fraction A relevées sur des personnes saines (adultes 28,41 ; enfants 29,68), comme nous le voyons, sont inférieures à la normale, ce qui provient du fait que les fractions A sont dans 66 o/o des cas inférieures aux fractions B. Pour les fractions de globuline des personnes saines la valeur C n'a été inférieure à la valeur D que dans 22 o/o des cas. Il y a une différence entre l'échelle précitée (42,5 ; 22,5 ; 22,5 ; 12,5) et les valeurs relevées dans tous les groupes eczémateux, à savoir que chez les nourrissons séborrhéiques l'A est de 33,3 o/o inférieur au B, tandis que le C est de 45 o/o inférieur au D. Chez les enfants séborrhéiques par contre l'A est de 46, le C de 38,5 o/o inférieur respectivement à B et D. Enfin pour les enfants non séborrhéiques l'A et le C sont respectivement inférieurs de 33,3 et 46,6 o/o aux B et D.

Ces divergences ne peuvent pas être considérées comme étant de nature pathologique, car nous les avons rencontrées à l'examen de personnes — il est vrai peu nombreuses — saines. Il semble que la relation des deux fractions d'albumine et de globuline ne se prête pas à des conclusions, mais seule la proportion entre albumines et globulines. C'est le quotient de protéine qui l'indique. Nous avons déjà parlé du quotient de protéine des personnes saines. Chez les eczémateux (voir le tableau) les valeurs du quotient ont augmenté ce qui est le corollaire de l'augmentation des albumines au détri-

ment des globulines. Les valeurs moyennes sont pour les séborrhéiques de 2,23 et pour les non séborrhéiques 2,72. Elles dépassent donc celles des personnes saines respectivement de 12,5 et 15 o/o.

Résumé. — Le sérum des nourrissons et enfants eczémateux montre une divergence avec la normale au point de vue de la protéine globale et des fractions de protéine.

La valeur de la protéine globale est moins grande chez les eczémateux que chez les grandes personnes, elle est moins grande encore chez les séborrhéiques que chez les non-séborrhéiques. La durée, l'étendue et la gravité de l'eczéma ne montrent guère de corrélation régulière avec le degré de la diminution de cette valeur.

La quantité des albumines s'est accrue au détriment de celle des globulines et c'est moins dans les eczémas séborrhéiques que non séborrhéiques. Le quotient des albumines-globulines est plus grand chez les non séborrhéiques que chez les séborrhéiques. Comparé donc aux valeurs des personnes saines, il suit une ligne inverse de celle de la protéine globale. Hormis les albumines en général augmentées et des globulines diminuées des eczémateux, on ne peut pas constater de relation régulière dans l'attitude respective des fractions A et B, C et D.

Les divergences constatées — quoique non rigoureusement caractéristiques — peuvent peut-être servir de base à de nouvelles expériences de traitement. Elles jettent en tous cas une certaine lumière sur l'obscurité des eczémas et permettent d'attribuer une certaine importance à ces troubles du métabolisme des protéines chez les nourrissons eczémateux et de considérer l'hypoprotéinémie comme une manifestation humorale du métabolisme eczémateux.

Bibliographie

Daranyi. *Magyar Orvosi Archivum*, n° 4, 1931 (Hongrois). — Grenet et Bonnet. *Gaz. des Hôp.*, 1929, t. XI, p. 1745. — Lévy. *Rev. franç. pédiatr.*, 1928, n° 4, p. 576. — Ribadeau-Dumas et Lévy. *Bull. de la Soc. Méd. de Paris*, 1928, n° 2, p. 51.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1934.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le nouvel arrêté de prophylaxie des maladies vénériennes de la ville de Nancy, par I. Benech. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 6, juin 1934.

On sait la belle impulsion donnée par le Pr A. Spillmann, à la lutte contre la syphilis. Son collaborateur B. a pu à Nancy obtenir un arrêté visant les mesures hygiéniques permettant de réaliser la prophylaxie des maladies vénériennes et en particulier la surveillance sanitaire de la prostitution. Dans cet arrêté il a fait instaurer des inscriptions à deux échelons : le premier étant l'inscription sanitaire, gardant le deuxième échelon qui est l'inscription de police, comme moyen coercitif en cas d'échec. H. Rabeau.

Erythrodermie arsenicale localisée aux mains et aux pieds déclanchée par un As pentavalent, neuf ans après une érythrodermie généralisée due à un arsenic trivalent, par H. Gougerot et G. Boudin. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 6, mai 1934.

Chez une syphilitique latente, de date inconnue, sans tare viscérale, se développe à la fin de la première cure de 914, une érythrodermie arsénobenzolique généralisée à la deuxième injection à 0,75, alors qu'elle totalisait 7 gr. 50. Neuf ans après à la 6e injection d'acétylarsan signes de petite érythrodermie : prurit diffus généralisé, œdème de la face, érythrodermie localisée aux mains et aux pieds. Cette observation montre que l'intolérance à l'arsenic est générale, que ces sensibilisations à l'arsenic sont très tenaces, et qu'il faut s'assurer par une épidermo-réaction si le sujet n'est plus sensibilisé. H. Rabeau.

Propriétés biologiques du virus syphilitique contenu dans les syphilomes résiduels des animaux prémunis, par A. Levaditi, C. Vaisman et Mlle R. Schœn. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 6, juin 1934, p. 618.

Le *Treponema pallidum* ayant été plus de 200 jours dans un organisme par ailleurs prémuni, ne subit aucune modification de ses propriétés biologiques et en particulier de sa virulence. Il ne paraît pas avoir acquis la faculté de résister aux moyens défensifs dont dispose l'organisme en état de prémunition. L'agent pathogène de la syphilis paraît se comporter différemment des trypanosomes et des spirilles de la fièvre récurrente lesquels sont susceptibles de devenir parfaitement anticorps résistants.

H. Rabeau.

Archives Hospitalières.

Les indications du traitement du nouveau-né issu de souche syphilitique, par M. et Mme MONTLAUR. *Archives hospitalières*, n° 2, mars 1934.

Résumé en deux pages des symptômes commandant un traitement immédiat au cours du premier mois.

A. BOCAGE.

Le traitement ambulatoire des ulcères variqueux, par H. LE FLOCH. *Archives Hospitalières*, n° 3, mai 1934.

Résumé clair et précis de la technique qu'il suit, choix éclectique entre plusieurs méthodes.

1re Etape. — Désinfecter l'ulcère à l'eau d'Alibour au 1/3 en pansements humides sous coton cardé, sans taffetas, renouvelés 3 fois par jour. Repos au lit en cas de très grosse infection.

2e Etape. — Décongestionner la jambe : quatre épaisseurs de gaze recouvrant sans le dépasser l'ulcère badigeonné avec un antiseptique fort (flavurol, mercurochrome, lipol), on applique une botte de Unna. Elle sera renouvelée au bout de cinq jours, une fois le plus souvent, deux ou trois très rarement.

3e Etape. — Panser l'ulcère et scléroser les varices. Pour le pansement pâte de Lassar salicylée à 1 o/o en couche épaisse changée tous les 4 jours avec crayonnage des bourgeons en respectant la bordure d'épidermisation et en se défiant de la dermite salicylique. Sclérose des varices avec de la glycérine chromée sans dépasser 10 centimètres cubes par séance hebdomadaire, ou en cas d'insuccès avec la quinine-uréthane.

4e Etape. — Traiter les séquelles. Si la jambe est infiltrée botte de Unna sinon bande de tissu caoutchouté pendant quelques semaines ou quelques mois, à faire retirer progressivement 1/2 journée, un jour ou deux.

A. BOCAGE.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Sur la valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann pendant la grossesse et les suites de couches, par P. GUÉNIOT. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 98e année, 3e série, t. CXI, n° 21, 5 juin 1934, pp. 776-780.

L'auteur montre la rareté des réactions positives chez les femmes enceintes même dans le cas d'accident dont l'origine syphilitique est fréquente : 5 Bordet-Wassermann positifs pour 20 cas de fœtus macérés. Chez la femme enceinte ou récemment accouchée il ne faut donc pas beaucoup compter sur le Bordet-Wassermann pour fixer la détermination thérapeutique.

A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Zona dans le territoire du médian gauche, vingt-six jours après une légère piqûre à l'extrémité du médius gauche au cas d'une éviscération d'un globe oculaire atteint de perte purulente de la cornée suite d'un zona ophtalmique, par A. Nesser et J. Ernoul. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 30e année, n° 18, 4 juin 1934, p. 798.

Le Dr E. pratique le 4 août l'éviscération du globe oculaire chez un malade atteint de zona ophtalmique. Il se pique légèrement le médius gauche. Le 30 août violentes douleurs dans le bras et l'avant-bras gauche. Le 1er septembre apparition de groupes vésiculeux dans la région intercostale supérieure et entre le bord gauche du sternum et le creux axillaire, puis ultérieurement quelques groupes vésiculeux sur le bras et l'avant-bras. Ses deux enfants présentent le 20 septembre deux éruptions de varicelle. Il n'y avait pas de cas de varicelle dans l'entourage.

H. Rabeau.

Prurit sénile et azotémie, par J. Paraf, J. Desbordes et J. M. B. Malartic. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 50e année, n° 18, 4 juin 1934, p. 813.

Chez 10 vieillards âgés de 69 à 89 ans, atteints de prurit sénile, 7 soit 70 o/o ont une azotémie inférieure ou égale à 0,50 ; 3 un chiffre d'urée au-dessus de 0,40. Ces faits confirment ceux rapportés par Sézary et Lefèvre.

H. Rabeau.

Les conditions de l'apparition d'accidents nerveux chez les syphilitiques ayant un liquide céphalo-rachidien normal, par A. Sézary, P. Lefèvre et A. Facquet. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux,* 3e série, 30e année, n° 19, 11 juin 1934, p. 832.

Tout syphilitique traité correctement pendant quatre ans à partir du début de son infection et qui a un liquide normal à la fin de la première (Sézary) ou troisième (Ravaut) années est à l'abri d'une complication nerveuse. Les auteurs publient une observation ou cette règle semblait en défaut. Il s'agit en réalité de sujets traités dont le liquide, antérieurement pathologique, est apparu normal sous l'action de la thérapeutique instituée. Mais celle-ci n'ayant pas été continuée (obs. II) ou ayant été insuffisante (obs. I) les anomalies du liquide n'ont pas tardé à se reproduire. Puis sont apparus des signes d'une affection nerveuse.

Obs. 2. — En 1915 traitement irrégulier et peu intensif (3 séries de novar et 4 de bismuth). En 1923 signes oculaires. En 1927 liquide anormal. En 1929 liquide céphalo-rachidien normal. En 1931 liquide céphalo-rachidien de nouveau anormal (le malade n'avait eu qu'un traitement bismuthique). Un nouveau traitement arsenico-bismuthique rend de nouveau le liquide céphalo-rachidien normal.

Obs. 2. — En 1911, traitement intermittent, état du sang encore positif. En 1919, liquide céphalo-rachidien anormal, traitement mixte, jusqu'en 1928, quoique pas régulier, à ce moment liquide céphalo-rachidien sensiblement normal (1,3 leucocyte, albumine 0,33 réaction de Vernes négative). Le malade ne suit plus aucun traitement. En 1933, signes de paralysie générale et liquide céphalo-rachidien très pathologique. Comme on le voit le traitement n'a pas été correct au début, la ponction n'a pas été faite aux dates indiquées, le liquide était pathologique, lors de la première ponction. H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Action d'un extrait cutané sur quelques constituants chimiques du sang, par C.-I. Parhon et H. Derevici. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXV, n° 12, 27 janvier 1934, pp. 1336-1338.

Etudiant la glycémie, la calcémie et la potassémie après injection d'une macération cutanée en solution phéniquée, et après contrôle de l'effet des injections d'acide phénique seul, les auteurs concluent à une augmentation de la calcémie, rapprochant l'action des extraits cutanés de celle des extraits parathyroïdiens. A. Bocage.

Effet préventif du sérum antiherpétique dans l'herpès expérimental, par M. Kitchevatz. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXVI, n° 19, 16 février 1934, pp. 682-684.

Avec le sérum d'un lapin ayant guéri spontanément d'herpès expérimental, l'auteur a pu protéger contre l'encéphalite herpétique les quelques animaux inoculés et chez ceux-ci la kératite herpétique a aussi été moins grave que chez les témoins. A. Bocage.

La bacillémie et l'ultravirus tuberculeux dans l'érythème noueux, par L. de Castro Freire et J. Marques Pinto. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXVI, n° 17, 27 février 1934, pp. 165-166.

Dans six cas d'érythème noueux cliniquement tuberculeux, l'inoculation du sang a été entièrement négative, bien que dans deux de ces cas radiologiquement confirmés, l'inoculation du contenu gastrique ait été positive. A. Bocage.

La réaction de Rubino-Marchoux chez les lépreux, par F. Landeiro. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXVI, n° 7, 27 février 1934, pp. 178-179.

La sédimentation des hématies de mouton formolées se produit beaucoup plus rapidement chez les lépreux, dans 98 o/o des cas, que chez les individus sains ou atteints d'autre maladie ou de lèpre très ancienne.

Pour les sérums inactivés, il faut ajouter une petite dose de complément, de sérum normal ou de sérum du malade.

A. Bocage.

Syphilisation en série de la souris blanche. Relation entre l'infectiosité spécifique et la teneur en tréponèmes syphilitiques de l'inoculat, par A. Bessemans et J. Van Haelst. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 12, 8 mars 1934, pp. 1395-1398.

A la suite de leurs expériences, les auteurs sont amenés à penser que, non seulement chez le lapin et le cobaye syphilitiques, mais encore chez la souris syphilisée, il est une relation étroite entre la teneur en tréponèmes pâles et l'infectiosité spécifique d'un organe déterminé, comme si le rôle joué par la forme tréponémique suffisait à lui seul pour expliquer la syphilisation. A. Bocage.

Inoculation du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas et Favre) à la souris, par J. Levaditi et L. Reinié. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 11, 17 mars 1934, pp. 1191-1193.

Le virus se conserve chez la souris lorsqu'il est injecté dans les veines et les ganglions lymphatiques contrairement à ce qu'il advient lorsque l'inoculation est effectuée par les voies oculaire, préputiale, cutanée et testiculaire.

Cette conservation ne dure que quelques jours et ne s'accompagne pas constamment de lésions histologiques des organes, alors que l'inoculation cérébrale détermine généralement une méningo-encéphalite et permet une longue conservation du germe.

La réceptivité des organes de la souris semble proportionnelle à leur richesse en tissu réticulo-endothélial.

Chez cet animal, la barrière hémato-encéphalique peut être franchie alors que chez le singe elle s'oppose à la pénétration du virus dans le névraxe. A. Bocage.

Action de certaines lécithines sur le cancer cutané, par E. Juster et R. Huerre. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 13, 14 avril 1934, pp. 1489-1491.

L'injection d'huile lécithinée à 5 o/o dans l'épaisseur de tumeurs cutanées en a amené l'élimination et la guérison apparente sans nécrose apparente, avec une simple réaction œdémateuse qui suit chacune des injections. A. Bocage.

La consolidation des fractures chez les lapins syphilitiques, par C. Adamesteanu. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 113, 14 avril 1934, pp. 1498-1501.

Chez des lapins infectés avec le virus Truffi, la consolidation des fractures se fait dans le même délai que chez les témoins. Alors que les ganglions des lapins syphilisés sont infectants, le cal jeune ne l'est pas et on ne retrouve aucun tréponème dans le foyer de fracture.

A. Bocage.

Sur la présence du bacille de Koch dans le sang de sujets atteints de la maladie de Nicolas-Favre, par A. Saenz, M. Pinard, L. Costil et A. Fishrer. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXV, n° 14, 21 avril 1934, pp. 1597-1599.

Dans trois cas le bacille de Koch a pu être décelé dans le sang par inoculation au cobaye. A. Bocage.

Transmission de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre) au cobaye, par Ewassen *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXVI, n° 17, 12 mai 1934, pp. 121 123, 1 fig.

L'inoculation intraépidermique du virus lymphogranulomateux entretenu dans le cerveau de la souris engendre une papule caractéristique qui se nécrose au cours de la deuxième semaine et cicatrise complètement au bout de trois semaines environ. On peut démontrer la présence du virus dans les ganglions de la région qui ne sont pas cliniquement modifiés.

L'adjonction du sérum spécifique entrave l'évolution de la lésion cutanée expérimentale, phénomène qui pourrait être appliqué au sérodiagnostic de la maladie. A. Bocage.

Les albumines du sang dans la paralysie générale avant et après malariathérapie, par P. Mollaret et J. Tonnet. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXVI, n° 19, 26 mai 1934, pp. 293-294.

Variations très irrégulières dont on trouvera le détail dans cette note. A. Bocage.

Réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec des sérums préalablement soumis à l'action de certains sels, par R. Dujarric de la Rivière, N. Kossovitch et Mlle G. Katz. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXVI, n° 20, 2 juin 1934, pp. 273-275.

La mise en contact des sérums avec des sels mercuriels modifie les résultats qu'ils donnent dans la réaction de Bordet-Wassermann. A. Bocage.

Maroc Médical.

La lutte antisyphilitique au Maroc, par Colombani et Lepinay. *Maroc Médical,* nos des 15 mai et 15 juin 1934.

Les auteurs, avec la collaboration d'un grand nombre de médecins de dispensaires antivénériens, nous apportent une étude extrêmement intéressante résumant l'histoire de 15 années de lutte antisyphilitique au Maroc.

On y trouvera les statistiques des cas de syphilis observés dans les dispensaires de dermato-vénéréologie de Casablanca, de Fez, de Mogador, etc. On y trouvera également quelques idées originales sur un programme d'action future : propagande, prophylaxie sociale, dépistage, surveillance de la prostitution.

De cette étude se dégagent les conclusions suivantes :

1° L'effort constant réalisé par ces dispensaires a donné des résultats suffisants pour donner une confiance légitime en l'avenir.

2° Un de ces résultats, et non des moindres, a été d'ordre politique,

car l'action heureuse du traitement antisyphilitique chez l'indigène, particulièrement dans les formes tertiaires mutilantes, a permis aux médecins de jouer dans l'œuvre de pénétration pacifique un rôle de premier plan.

3° Des difficultés restent encore à vaincre : arrivée tardive des syphilitiques aux centres de traitement, défaut d'assiduité des malades et persistance de foyers épidémiques dans les milieux indigènes du bled, ou dans les villes où sévit la prostitution. D'où l'obligation de plus en plus nécessaire du dépistage de ces foyers et d'une surveillance accrue de la prostitution clandestine, non seulement par la mise en œuvre de mesures coercitives, mais par une action de prophylaxie sociale s'attaquant aux causes morales qui le plus souvent amènent la femme à se prostituer. P. VIGNE.

Lyon Médical.

Une forme grave de l'acrodermatite suppurative continue d'Hallopeau. Un cas généralisé et mortel, par L. M. BONNET. *Lyon Médical*, t. CLIX, n° 28, 15 juillet 1934, p. 33.

L'auteur rapporte une très complète observation d'un malade hospitalisé à l'Antiquaille en 1913. En voici le résumé : acrodermatite ayant débuté à l'âge de 8 ans par le voisinage des ongles des deux gros orteils ; elle prend peu à peu les autres orteils. Reste ainsi localisée jusqu'à l'âge de 24 ans. A cette époque, double extension : 1° Les lésions débordent un peu sur le pied ; 2° Les doigts sont pris à leur tour. Persistance de poussées locales ininterrompues avec extension progressive de voisinage, aboutissant à de véritables mutilations des mains (surtout à droite). A 41 ans poussée éruptive au niveau du thorax durant trois semaines seulement. A 43 ans poussée éruptive pustuleuse absolument généralisée, accompagnée de fièvre ; l'état général s'altère rapidement, la peau prend l'aspect d'une dermite exfoliatrice et le malade meurt le douzième jour.

A propos de cette observation, B. fait une rapide revue critique de cette affection ; il la sépare nettement de la maladie de Duhring-Brocq, à laquelle certains auteurs l'avait rattachée, il montre le peu d'action des divers traitements préconisés (vaccins, radiothérapie).

Enfin l'auteur examine les observations publiées relatives à la forme grave de maladie de Hallopeau ; il n'en trouve que 5 cas nets dans la littérature médicale. JEAN LACASSAGNE.

Paris Médical.

Le signe d'Argyll-Robertson. Traduction du mémoire fondamental d'Argyll-Robertson, par A. BAUDOIN. *Paris Médical*, 24e année, n° 17, 28 avril 1934, pp. 363-366.

Ce mémoire rapporte quatre observations de malades qui paraissent tous des tabétiques, et dont le premier fit au début des accidents d'évolution assez rapide d'allure myélitique. « Ces quatre cas servent bien à « illustrer les relations qui existent entre certains symptômes oculaires « et une maladie de la moelle épinière. Dans tous il y avait une contrac- « tion marquée de la pupille, qui se différenciait des myosis dus à « d'autres causes en ce que la pupille était insensible à la lumière mais « se contractait encore dans l'acte d'accommoder sur des objets rappro- « chés, cependant que de fortes solutions d'atropine provoquaient seule- « ment une dilatation moyenne de la pupille. Chez trois des malades « existait une légère atrophie optique que traduisait une excavation peu « profonde et une couleur plus pâle des papilles. Chez l'un d'eux nous « avons observé une chute des paupières supérieures, symptôme que « Brown-Séquard et d'autres auteurs ont eu l'occasion de relever dans « les maladies de la moelle. Dans aucun cas nous n'avons de cécité des « couleurs appréciable. »

L'explication pathogénique qu'il propose est assez obscure (*Edinburgh Médical Journal*, t. XV, 1re partie, p. 487, décembre, 1869).

A. Bocage.

La valeur du traitement sclérosant des varices, par A. Bacharach. *Paris Médical*, 24e année, no 23, 9 juin 1934, pp. 502-504.

Très judicieuse note d'esprit philosophique pour nous rappeler que la phébosclérose sœur de la chirurgie n'est qu'un traitement empirique des varices constituées et qu'elle ne prétend pas empêcher de nouvelles varices de se produire, car nous ignorons tout de leur étiologie. D'où pratiquement la nécessité de revoir périodiquement les malades traités pour boucher les nouvelles dilatations veineuses. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Etude comparative du traitement du pian par différents arsenicaux et par l'iodure de potassium, par S. Golovine. *Presse Médicale*, 42e année, no 47, 13 juin 1934, p. 359.

Dans l'Oubangui-Chari (A. E. F.) l'auteur a expérimenté sur 751 pianiques les divers arsenicaux et l'iodure de K. Ce dernier a une action certaine, mais lente ; il est d'autre part souvent mal supporté. Parmi les arsenicaux le néo-salvarsan et l'acétylarsan sont les plus actifs. Il considère cependant l'acétylarsan comme le meilleur, il est très efficace et nullement toxique. H. Rabeau.

La contribution roumaine à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Nicolas-Favre, par M. Schachter. *Bulletin Médical*, 48e année, no 23, 9 juin 1934, p. 366.

Revue générale des travaux roumains sur la maladie de Nicolas-Favre, effectués depuis 1922 ; travaux cliniques, biologiques, expérimentaux. Etude des formes génito-ano-rectales ; manifestations cutanées,

recherches sur la neutralisation du virus de la lymphogranulomatose inguinale par le sérum de malades en voie de guérison ; traitement du bubon lymphogranulomateux par un vaccin simien ; localisations nerveuses du virus de la lymphogranulomatose inguinale chez des singes inoculés seulement par la voie péritonéale. H. Rabeau.

La syphilis peut-elle être la cause d'une pancréatite aiguë hémorragique ? par Ch. Clavel et J. Delatour (Lyon). *Presse Médicale*, 42e année, no 45, 6 juin 1934, p. 919.

Le Prof. Tixier estime que certains accidents d'origine pancréatique, tels que le syndrome de la pancréatite hémorragique, ne sont peut-être pas sans rapport avec la syphilis du pancréas. Les auteurs publient une observation de pancréatite hémorragique, pour laquelle ils intervinrent à la 20e heure : drainage de l'arrière-cavité et cholécystotomie. Absence de microbes dans la bile d'une part, dans la cavité abdominale et l'arrière-cavité d'autre part ; ni lithiase biliaire, ni lésion duodénale. Le malade présentait des signes de syphilis nerveuse, un Bordet-Wassermann positif ; un traitement spécifique fit disparaître la tuméfaction pancréatique. Cholécysto-gastrotomie pour fermer la fistule. Guérison durable. H. Rabeau.

Essais de traitement des cancers par le plomb, par R. Dalimier et A. Schwartz. *Presse Médicale*, 42e année, n0 45, 6 juin 1934, p. 922.

Les auteurs ont essayé dans le service du Prof. Proust à l'hôpital Laennec, le traitement des cancers par le plomb et n'ont pas obtenu de bons résultats comme ceux de Blair Bell. Ils ont utilisé un dérivé organo-métallique de plomb (Azam) et un plomb colloïdal (Aguettard) se rapprochant de celui utilisé par Blair Bell. Dans leurs meilleures observations ils ont pu obtenir une légère régression ou un arrêt momentané des tumeurs néoplasiques, mais n'ont jamais réussi à entraver le processus néoplasique. H. Rabeau.

Le traitement de l'urticaire par les bains de sudation, par P. E. Morhardt. *Presse Médicale*, 42e année, n0 52, 10 juin 1934, p. 1059.

Marchionini et ses collaborateurs ont étudié les bains de sudation au point de vue de leurs effets pharmacodynamiques. Cette méthode se montre capable de déterminer une modification humorale non spécifique notamment parce qu'elle entraîne une modification profonde de l'équilibre acido-basique. Or dans l'urticaire on a constaté qu'il s'observe un déséquilibre soit dans le sens de l'acidose, soit dans le sens de l'alcalose. Généralement chez les urticariens ces bains de sudation diminuent le nombre et l'intensité des poussées urticariennes. Les malades seront mis dans une caisse de modèle classique garnie de lampes à grilles de chaleur qui feront monter la température à 50°. Le bain dure de 20 à 30 minutes, la transpiration doit être très abondante. Le traitement assez énergique devra être surveillé. H. Rabeau.

Traitement des stomatites ulcéreuses par le cyanure de mercure intraveineux, par L. Lebourg. *Presse médicale*, 42e année, n° 52, 30 juin 1934, p. 1060.

Ce traitement qui peut sembler paradoxal a été préconisé par Marcou-Mutznes (d'Ajaccio) en 1929. Ch. Prunet dans une thèse récente expose les faits cliniques et biologiques qui justifient pleinement cette pratique. Il trouve ses principales indications dans les formes sévères et traînantes de cause locale et dans les stomatites médicamenteuses principalement bismuthiques. On l'emploie à la dose de 1 centigramme tous les jours ou tous les 2 jours ; habituellement les signes fonctionnels disparaissent dans les 24 heures et la stomatite guérit en 2 à 5 jours.

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Papis).

L'histamine ; ses propriétés et son rôle en dermatologie, par A. Govaerts. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 3, mars 1934, pp. 131-137.

L'injection intradermique d'histamine donne naissance à une rougeur locale immédiate entourée d'un érythème réflexe et à une papule apparaissant 2 ou 3 minutes plus tard. L'excitation mécanique de la peau provoque d'ailleurs des phénomènes identiques et l'apparition à ce niveau de substances ayant des propriétés analogues à celles de l'histamine.

L'irritation d'histamine paraît avoir un intérêt thérapeutiqne en dermatologie, surtout dans le traitement de la pelade. A. Bocage

Action désensibilisatrice locale par la tuberculine sur une dermite arsenicale consécutive, par Hruszek. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 3, mars 1934, pp. 138-143.

C'est l'histoire d'une jeune femme qui au cours d'un traitement mixte arsénobismuthique pour syphilis secondaire fait une érythrodermie qui respecte les régions où avaient été faites des intradermo-réactions à la tuberculine.

Cette éruption s'atténua très rapidement avec l'aide d'hyposulfite de soude et pendant sa durée dix jours et une quinzaine de jours ensuite des intradermo-réactions faites en série furent négatives, pour se réveiller spontanément après cet intervalle libre.

L'auteur discutant les problèmes pathogéniques soulevés se demande si l'intradermo-réaction à la tuberculine ne peut pas servir de test indiquant si le tégument fonctionne de façon physiologique ou non et s'il n'y aurait pas intérêt à en pratiquer systématiquement au cours du traitement de la syphilis, à titre de désensibilisation. A. Bocage.

Erythème polymorphe œdémateux interthérapeutique simulant l'érythrodermie arsenicale, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 3, mars 1934, pp. 144-149.

A la 3e injection de novar l'éruption apparaît, précédée de fièvre, céphalée, vomissements ; une nouvelle injection détermine les mêmes accidents et l'éruption s'étend. Ultérieurement des intradermo-réactions au novarsenobenzol furent négatives et un traitement par un arsénobenzol intramusculaire put être fait sans inconvénient. Cliniquement le diagnostic était extrêment difficile. A. Bocage.

Erysipèle blanc ; néphrite, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 30, mars 1934, pp. 150-153.

Chez une eczémateuse avec ulcère de jambe, érysipèle des membres se traduisant par légère coloration rosée très limitée avec douleur à la pression, adénopathie, et surtout œdèmes blancs étendus, d'allure brightique mais unilatéraux ; par ailleurs néphrite hématurique.

Guérison simultanée de l'érysipèle et de la complication rénale.

A. Bocage.

Eczéma nummulaire à distribution sanguine, par G. Milian *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 3, mars 1034, pp. 154-56.

Eczéma vésiculeux typique à vésicules isolées ou groupées en médaillon se répartissant exactement comme les taches d'une roséole.

A. Bocage.

Maladie de Quincke et syphilis, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 3, mars 1934, pp. 157.

La malade de l'observation précédente était une hérédosyphilitique probable à Bordet-Wasserman positif : cette infection fut découverte à l'occasion d'un œdème de Quincke qui disparut aisément par le traitement mercuriel. A. Bocage.

Aurides de la peau (léopardisation) avec lichen plan buccal et cutané, par G. Petges, P. Le Coulant, A. Petges et R. Mougneau. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 4, avril 1934, pp. 196-204, 3 fig. Bibliographie.

Dès la deuxième injection de crisalbine apparaissent des macules rosées prurigineuses, néanmoins quatorze injections sont faites déterminant progressivement en 2 ou 3 mois une érythrodermie avec desquamation intense, qui se complique de furonculose. Neuf mois après le début du traitement le malade présente une éruption généralisée distribuée en taches irrégulières (peau de léopard) de couleur brun ardoisé, légèrement rugueuses, finement squameuses au grattage avec par place kératose pilaire. Certains éléments quadrillés s'entourent de papules typiques de lichen plan sur la muqueuse buccale existent aussi des lésions ayant l'aspect du lichen plan.

Une biopsie a été faite non sur un point de lichen plan typique, mais sur une tache pigmentaire. Les lésions histologiques sont comparables à celles du lichen plan atrophique auxquelles se surajoute une pigmentation donnant les réactions caractéristiques de la mélanine.

Les auteurs terminent en montrant le problème pathogénique que pose ce cas. A. Bocage.

Trichophytie phlycténulaire et streptocoque, par G. Milian, C. Périn et Katchana. *Revue Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 10e année, n° 4, avril 1934, pp. 213-217, 1 fig.

Sur un placard érosif suintant développé en quelques jours sur l'avant-bras d'une femme enceinte les auteurs ont mis en évidence la présence simultanée de trichophyton et de streptocoque. A. Bocage.

Recherche sur les effets des rayons X sur les accidents primitifs de la syphilis et sur l'évolution ultérieure de celle-ci, par G. Milian et Lafourcade. *Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie*, 10e année, n° 4, avril 1934, pp. 218-223.

Sur 19 malades irradiés avant traitement spécifique classique aucun incident local ni général ni modification de l'évolution ultérieure de la syphilis. A noter l'augmentation du nombre des tréponèmes dans les chancres après l'irradiation ou leur apparition, si on n'en avait pas trouvé antérieurement. A. Bocage.

La réactivation biologique de la réaction de Wasserman, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 5, mai 1934, pp. 259-296, 3 tableaux. Bibliographie.

Important travail où l'auteur rappelle dans un premier chapitre ce qu'est la réaction médicamenteuse qu'il a décrite en 1910 à peu près en même temps que Gennerich. Très fréquente chez les vieux syphilitiques (54 o/o) peu, pas, ou très anciennement traités, elle est beaucoup plus rare chez ceux qui ont été souvent ou récemment soignés.

La réactivation généralement transitoire est surtout fréquente vers le 11e jour en période secondaire et vers le 15e en période tertiaire. Il est bon de faire un prélèvement de sang tous les 5 jours du 5e au 25e. Elle est plus nette avec l'arsénobenzol qu'avec les autres arseniaux, le mercure ou le bismuth. L'auteur conseille de faire deux injections arsenicales à 5 jours d'intervalle, ou 6 injections consécutives de cyanure, ou trois injections de bismuth à trois jours d'intervalles, plusieurs mois ou mieux un an après tout traitement antisyphilitique.

Très loyalement l'auteur expose les opinions des auteurs qui nient l'intérêt de la réactivation, et il en fait la critique. Quelques observations illustrent son exposé, avec des courbes de réactivation.

Dans un deuxième chapitre il étudie les réactivations par toxiinfections avec quelques observations particulièrement typiques : herpès, grippes, etc., etc., vaccino ou protéinothérapie, et aussi par l'actinothérapie.

Le troisième chapitre étudie les applications de la réactivation biologique, sa valeur diagnostique et pronostique; un Bordet-Wasserman positif au cours d'une maladie infectieuse serait révélateur d'une syphilis acquise ou héréditaire chez le patient.

Pratiquement un médicament qui relève le Bordet-Wasserman à la fin

de la série est à changer pour celui qui le maintient négatif ; l'arsenic est le plus souvent responsable de ces réactivations.

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude du mécanisme de la réactivation. N'acceptant pas l'hypothèse de Citron qui croit que « les tissus ayant produit des anticorps conservent une énergie potentielle qui les rend aptes à les reproduire sous l'influence d'un stimulant non spécifique », l'auteur pense au contraire que dans tous les cas, dans la syphilis comme dans la typhoïde qu'étudiait Citron, il s'agit d'un réveil biotropique de l'infection dont quelques germes restaient dans l'organisme. A. Bocage.

Les résultats du traitement précoce et intensif de la syphilis contrôlés par l'examen du liquide rachidien pratiqué ultérieurement, par J. L. Carrera. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 5, mai 1934, pp. 296-298.

Pour 29 cas de syphilis traitée en période primaire à phase sérologique et 20 cas en pleine période secondaire, même proportion 10 o/o de liquides rachidiens anormaux entre la 3e et la 6e année au moment où tout autre signe clinique ou sérologique d'infection était négatif, chez des sujets régulièrement et intensément traités.

Dans 21 cas traités à la phase primaire présérologique une seule anomalie du liquide de caractère d'ailleurs un peu discutable (B.-W. positif avec 5 cc. de liquide, sans modification de la cytologie ni de l'albuminose). L'auteur en conclut qu'il ne faut pas attendre la roséole pour commencer à traiter dans l'espoir de profiter d'une soi-disant défense humorale, théorie que sa statistique lui permet de considérer comme purement spéculative. A. Bocage.

Lichen plan scléreux, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 4, avril 1934, pp. 905-212, 8 figures.

Au premier abord aspect de dermite chronique lichénifiée de la jambe datant de quatre ans. En réalité il s'agissait d'un placard formé de papules kératosiques confluentes la plupart folliculaires et entourées d'une importante pigmentation. Prurit intense. Quelques taches blanches centrées par une pigmentation périfolliculaire.

Une étude histologique très complète est faite par l'auteur, qui montre l'existence d'une véritable sclérose strictement localisée au derme papillaire tantôt sous forme de bancs, tantôt sous forme de nodules, qui dans tous les cas forment des papilles en coupoles ; aucune fibre élastique ; on trouve tous les aspects intermédiaires entre cette sclérose papillaire et l'infiltrat cellulaire à lymphocytes du derme papillaire caractéristique du lichen plan. A. Bocage.

Revue Neurologique (Paris).

La poliomyélite zostérienne, par J. Lhermitte, A. Cain et J. O. Treilles. *Revue Neurologique*, 41e année, t. I, n° 3, mars 1934, pp. 380-383, 5 fig.

Observation histopathologique d'une myélite zostérienne sur des pièces prélevées au 8e jour de l'éruption chez une femme de 70 ans. Prolifération névroglique intense, infiltrations lympho- et plasmocytaire des vaisseaux, cytolyse des éléments nerveux, sur la corne postérieure, mais aussi processus myélitique caractérisé au niveau de la corne antérieure, débordant notablement les segments médullaires cliniquement intéressés.

M. Souques à propos de ce cas fait remarquer qu'il croit beaucoup de paralysies zostériennes d'origine seulement radiculaire.

A. Bocage.

Radiculo-myélite post-zostérienne, par Th. Alajouanine, R. Thurel et R. Fauvert. *Revue Neurologique*, 41e année, t. I, n° 4, avril 1934, pp. 564-568.

En deux mois les accidents suivants se développent successivement et régressent chez un homme de 58 ans :

Zona sacré gauche, douleurs locales, prurit, troubles sphinctériens, anesthésie en selle, ataxie et perte de la notion de position des membres inférieurs, paraplégie type Brown-Séquard avec paralysie prédominant à gauche et troubles sensitifs à droite, ce dernier syndrome n'ayant duré qu'une dizaine de jours.

A. Bocage.

Le signe d'Argyll-Robertson est-il toujours d'origine syphilitique, par J. Haguenau et Ledoux-Lebard. *Revue Neurologique*, 41e année, t. I, n° 4, avril 1934, pp. 570-580.

Assez long travail où les auteurs rappellent tout d'abord que le signe décrit par Argyll-Robertson comporte le myosis avec l'abolition du réflexe photomoteur et la conservation du réflexe accommodation-convergence.

Ils citent de nombreuses observations d'auteurs variés, en apportent deux nouvelles et concluent que si la perte du réflexe photomoteur avec œil mydriatique n'a pas une grande signification le signe d'Argyll-Robertson vrai, avec myosis, donne une quasi-certitude de syphilis.

On trouvera pages 576-577 le détail des conditions qui permettent seules de conclure à l'existence du signe d'Argyll-Robertson qui existe ou non, mais ne peut pas être ébauché. Ce sont un myosis stable et définitif ne se modifiant que très lentement et très faiblement sous l'influence des mydriatiques, une sensibilité rétinienne normale, l'abolition de tout mouvement à l'éclairage, quelle que soit l'intensité de celui-ci, une contraction rapide et complète à l'accommodation convergence suivie de dilatation brusque quand l'effort cesse, l'intégrité du moteur oculaire commum, l'absence de syndrome de Claude Bernard-Horner associé, l'apparition insidieuse.

A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Réactions biologiques dans les monilioses cutanéo-muqueuses. Leur valeur comparative, par P. Negroni. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. V, n° 2, février 1934, pp. 66-74, 2 tableaux.

L'auteur a comparé les résultats donnés chez une cinquantaine de malades par :

1° l'intradermo-réaction à la levurine ;

2° l'intradermo-réaction avec un glucide extrait de la levure par une technique qu'il donne en détails ;

3° l'agglutination sur des suspensions de monilia ;

4° la recherche des précipitines avec l'aide du glucide ;

5° la déviation du complément avec un extrait aqueux de monilia dilué au 1/50e ou au 1/100e.

La fixation du complément donne 76 o/o de résultats positifs ; l'intradermo-réaction à la levurine 56 o/o.

L'intradermo-réaction au glucide, la recherche des précipitines sont habituellement négatives ; la présence des agglutinines est très rare et elles sont toujours à un taux très bas.

La réaction intradermique à la levurine a été positive dans diverses épidermophyties, dans un psoriasis et une eczématide. La déviation du complément n'a jamais été positive en dehors des infections à levures.

A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La Morphée (Die Morphea), par J. Sellei. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 3, juin 1934, p. 129.

A propos de deux observations personnelles, S. étudie les rapports de la morphée et il conclut que la morphée n'est pas une entité morbide, mais qu'elle constitue une forme de sclérodermie. Le *lilac ring*, sans quoi il n'y a pas de morphée, est du aux conditions anatomiques de la sclérodermie. Quant aux taches blanchâtres et brillantes qui constituent le *white spot disease* ou morphée en goutte elles sont la suite des petits foyers de sclérodermie ; mais il convient de les séparer de la morphée vraie ou en plaque. Le *lilac ring* caractéristique de la morphée en plaque s'explique par la structure histologique propre à cette lésion : épaississement du conjonctif au niveau de la couche sous-papillaire, entraînant une contraction spastique des vaisseaux de la peau. L. Chatellier.

Toxicodermies au cours d'un traitement salvarsanique, ressemblant au pityriasis rosé et guérissant avec pigmentation (Pityriasis rosea-ähnliche unter Pigmentation abheilende Toxicodermien in Verlauf einer Salvarsanbehandlung), par G. Stümpke. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 3, juin 1934, p. 134.

Chez deux malades, au cours du traitement arsenical, apparaît une dermite qui évolue sous l'aspect d'un pityriasis rosé, mais ici les lésions se sont montrées tenaces et rebelles au traitement habituel du pityriasis. En guérissant, la dermite a laissé une pigmentation progressive. S'agit-il d'une action directe du salvarsan ou d'une lésion médicamenteuse de cet ordre? Une pareille explication serait vraiment extraordinaire et rien dans l'examen histologique ne l'appuie. A. pense plutôt que l'évolution anormale de ce pityriasis est due au traitement arsenical qui a immédiatement précédé l'éruption. Ce traitement a provoqué des lésions vasculaires et une altération du parenchyme cutané, d'où a résulté une évolution atypique de la dermatose. L. Chatellier.

Contribution au problème de l'eczéma des nourrissons (Beiträge zum Problem des Säuglingsekzems), par H. Burchard. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 2 et 3, mai 1934 et juin 1934, pp. 92 et 149.

Voici les conclusions de cet intéressant article :

Les nourrissons sensibles au blanc d'œuf de poule réagissent au blanc d'œuf d'autres espèces selon leur degré de parenté zoologique. Ce fait parle en faveur de la spécificité de la sensibilité au blanc d'œuf et contre la formation spontanée d'anticorps. La désensibilation au blanc d'œuf ne permet pas de modifier l'évolution et les tendances de l'eczéma. L'ingestion prudente et prolongée des œufs est sans danger pour les enfants eczémateux ; il n'est donc pas nécessaire de renoncer à cet aliment complet.

Chez 3 enfants non eczémateux, B. a réussi à provoquer la formation d'anticorps, qui avec le blanc d'œuf donnaient naissance à une réaction urticarienne immédiate; dans un cas, la transmission passive par la méthode de Prausnitz-Küstner a été réalisée.

L'enfant normal, après sensibilisation au blanc d'œuf, fait une réaction papuleuse ; les enfants eczémateux présentent successivement la réaction urticarienne immédiate, la réaction papuleuse. Quant aux rapports entre la sensibilité à l'œuf et l'eczéma des nourrissons, on peut faire l'hypothèse suivante : l'allergie au blanc d'œuf des nourrissons eczémateux (comme leur eczéma lui-même) est une manifestation de leur disposition idiosyncratique, mais non la cause de l'eczéma. Allergie et eczéma ne dépendent pas l'une de l'autre, mais constituent deux manifestations coordonnées entre elles. L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la leucodermie acquise centrifuge (Sutton) [Ueber Leucoderma acquisitum centrifugum (Sutton)], par W. Richter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXCVIII, no 22, 2 juin 1934, p. 669, 3 fig.

En 1916, Sutton décrivit une curieuse dermatose, caractérisée par une tache dépigmentée, dont le centre était occupé par un nodule légèrement surélevé et brunâtre ; à la longue, la peau dépigmentée redevient nor-

male et le nodule central disparaît progressivement ; des lésions nouvelles peuvent cependant apparaître. Dans les observations ultérieures de cette dermatose, on a trouvé un nævus pigmenté sous-jacent à la peau dépigmentée.

L'observation de R. est un cas typique de la maladie de Sutton : le microscope montre au niveau du nodule central des lésions næviques.

L. Chatellier.

Sur les différences de virulence entre diverses souches d'herpès (Ueber die Virulenz-bzn. Infektiositätsunterschiede verschiedener Herpesstämme), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXCVIII, n° 22, juin 1934, p. 671.

Continuant ses travaux sur les virus herpétiques, H. après une longue série d'expériences, conclut que l'expérimentation sur l'animal (lapin) ne permet pas d'apprécier l'infectiosité ou la virulence du virus herpétique pour l'homme. Elles se mesurent beaucoup plus exactement par l'inoculation dermique à l'homme et l'observation clinique attentive. Le virus même après plusieurs passages sur l'homme ne perd aucune de ses propriétés originelles.

L. Chatellier.

Contribution au traitement de la dermatite herpétiforme de Dühring par l'hyposulfite de soude (Beitrage zur Therapie der Dermatitis herpetiformis Dühring mit Natriumthiosulfat), par E. Steiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXCVIII, n° 22, 2 juin 1934, p. 2.

S. a obtenu 4 guérisons sur 5 maladés par l'hyposulfite intraveineux (1 gramme trois fois par semaine et 10 injections) et dans l'intervalle 1,50 à 1 gramme *per os*. L'amélioration s'est produite dès la 3e injection. On sait, d'une part, la sensibilité de ces malades à l'iode, et d'autre part, l'action antagoniste de l'hyposulfite vis-à-vis de l'iode (action vérifiée *in vitro*). Ainsi l'efficacité de ce médicament dans la dermatite de Dühring tendrait à prouver qu'il s'agit dans cette maladie, d'une toxicodermie iodée, le taux de l'iode dans l'organisme étant anormalement élevé.

L. Chatellier.

Un cas de mélanodermie professionnelle chez une téléphoniste (Ein Fall von Berufsmelanodermie bei einer Telefonistin), par A. Sehestakowa. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXCVIII, n° 22, 2 juin 1934, p. 682, 1 fig.

Dans son travail, une téléphoniste de 38 ans reçoit le courant dans les oreilles par suite de la détérioration d'un fil. Après l'accident, apparaissent des douleurs vives dans les deux oreilles ; un mois et demi après, se développe autour des oreilles une pigmentation qui s'étend sur le front, les joues, la mâchoire, sans atteindre le cuir chevelu. La lésion cutanée est constituée par des taches confluentes, brunâtres, irrégulières, qui circonscrivent des surfaces à contours très irréguliers. Il n'y a aucune autre modification de la peau. Au microscope, on constate un amincissement de l'épiderme, une suppression partielle de la granuleuse ; dans le derme, amas pigmentaires. Au bout de 2 mois, sans trai-

tement, la pigmentation s'atténue progressivement. La malade n'avait jamais absorbé ni As ni Ag ni aucun autre médicament.

L. Chatellier.

Malformations dans une maladie de Recklinghausen (Missbildungen im Rahmen einer Recklinghausenschen Krankheit), par J. Guzman. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 23, 9 juin 1934, p. 713, 3 fig.

Un homme de 29 ans, sans antécédents familiaux notables, présente les taches pigmentaires et les tumeurs habituelles de la maladie de Recklinghausen. Mais il offre en outre, au niveau de la face, des difformités considérables : asymétrie considérable de la face, hypertrophie énorme de la peau de l'hémi-face droite aboutissant à l'occlusion de l'œil droit, à la formation d'un pli retombant qui part du nez, envahit la joue. L'examen radiographique montre des lésions squelettiques considérables : atrophie du temporal droit, aplasie de la paroi inférieure de l'orbite, atrophie du maxillaire supérieur et inférieur droits, aplasie du palais osseux droit, et il existe en outre une paralysie faciale droite et des lésions hypertrophiques de la muqueuse buccale. G., à propos de ce malade, rappelle les observations déjà publiées, la signification qui leur a été donnée. Il se range à l'avis soutenu en premier par Darier, que ces malformations complexes, possibles au cours de la maladie de Recklinghausen, sont dues à des lésions du plasma germinatif qui déterminent également la maladie de Recklinghausen.

L. Chatellier.

Sur la clinique de la sarcoïde de Bœck. Une forme diffuse, infiltrante et partiellement érythrodermique (Zur Klinik des Bœckschen Sarkoids. Ein Fall von diffusinfiltrierender, teilweise erythrodermatischer Form), par M. Maschkilleisson et K. Jakubson. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 23, 9 juin 1934, p. 718, 3 fig.

Chez une jeune fille de 17 ans, sans antécédents particuliers, la maladie débute, 3 ans auparavant, par une desquamation anormale du cuir chevelu, suivie, 2 mois après, d'une éruption de petites papules sur le front et le dos, puis sur le reste du tronc, sans aucun signe subjectif. Lors de l'examen, l'éruption frappe le visage, le tronc et les extrémités. Elle est composée de disques brun rougeâtre parfois rosé, légèrement surélevés, par endroits marqués par une limite nette ; à la périphérie de ces placards et séparés d'eux, il existe de petits nodules mous, brunâtres, atteignant parfois la dimension d'une petite lentille et recouverts d'une squame adhérente ; ces nodules confluent parfois en disques. Le centre est légèrement déprimé, à la périphérie, cicatrice atrophique. Le cuir chevelu est recouvert de squames grisâtres et parfois de courbes profondes. Adénopathies cervicales, inguinales et sous-maxillaires. A la radiographie, péribronchite et pleurite apicale. Au microscope, surtout infiltrat dermique, parfois très profond, constitué par des cellules rondes et des cellules épithéliales. R. W. négative, Pirquet et Mantoux négatifs. Le traitement bismuthique et novarséno-

benzolique n'amène aucune amélioration. Après avoir éliminé, le lichen plan atrophique, le lupus vulgaire et l'érythémateux, les auteurs se rangent au diagnostic de sarcoïde de Bœck diffuse et érythémateuse, forme rare de l'affection. L. CHATELLIER.

Sur une manifestation (Rupia) non encore décrite au cours d'une leucémie lymphoïde chronique (Ueber eine noch nicht beschriebene Hauterscheinung (Rupia) im Verlaufe einer chronischen leukämischen Lymphadenose), par G. BERTACCINI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 24, 16 juin 1934, p. 741. 3 fig.

Chez une femme de 58 ans, atteinte de leucémie lymphatique chronique, un ganglion inguinal grossit, se ramollit et est vidé de son contenu puriforme et nécrotique. Il persiste une plaie-atone profonde. Peu après, sur les membres et avec une certaine symétrie, se fait une éruption successive de rupia typique, débutant par une bulle à contenu trouble. Sous le couvercle croûteux, se développe une ulcération profonde. La maladie évolue rapidement, vers la mort. L'examen histologique montre au niveau des lésions cutanées, un infiltrat leucémique caractéristique. Cas intéressant par la pureté de l'éruption.

L. CHATELLIER.

La réaction de déviation du complément avec un extrait cholestériné de cerveau (Die Komplementbindungsreaktion mit cholesterinierten Gehirnextrakt), par A. HILDEBRANDT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 25, 23 juin 1934, p. 769.

Depuis 1931, H. a étudié la valeur de l'extrait cholestériné de cerveau, de moelle et des différentes portions de l'axe cérébro-médullaire. L'antigène est préparé par macération, pendant 8-10 jours à la température ordinaire, de 1 gramme de substance nerveuse débarrassée du sang et des méninges dans 5 centimètres cubes d'alcool à 95°. Le filtrat est dilué à 1 pour 2 d'alcool à 96° et cholestériné à raison de 0,01 ou 0,012 pour 15 centimètres cubes d'antigène. Technique habituelle de la R. W., qui a été également effectuée à titre de contrôle avec des antigènes extraits de cœur ou de foie. H. a examiné : 700 sérums et 545 liquides. Voici les résultats obtenus avec les sérums : Tous les sérums négatifs avec les antigènes cœur ou foie se sont montrés négatifs aussi avec les extraits de cerveau ; les sérums positifs ont donné avec le cerveau des résultats moins souvent positifs ou douteux ; les différentes parties du système nerveux employées comme antigène n'ont pas donné de résultats toujours concordants ; la valeur des résultats avec extrait-cerveau est irrégulière.

Les liquides ont été employés sans chauffage préalable ; les réactions ont été faites à 0° et à 37°.

Les réactions négatives par les deux méthodes se superposent exactement ; il existe une légère différence en faveur de la méthode à 0° pour les réactions positives. Les liquides provenaient de malades atteints de P. G. (203), de tabès, de tato-paralysie, de syphilitiques à diverses

époques (S^1, S^2, S^3, S lat.) ou de syphilis cérébro-spinales, et aussi d'individus sains. De ces résultats, H. pense qu'il est possible, avec un antigène-cerveau, d'arriver à séparer les manifestations syphilitiques des manifestations métasyphilitiques : P. G., tabès et tabo-paralysies donnant en général des réactions positives ; les autres manifestations des résultats négatifs. Il convient de signaler toutefois que la syphilis secondaire floride ou latente donne parfois des réactions positives ; une plus longue observation dira si, alors, il ne s'agit pas de candidats à la métasyphilis.

Comme pour les sérums, les antigènes préparés avec les différentes parties du système nerveux donnent avec les mêmes liquides des résultats discordants. L. CHATELLIER.

Sur la sensibilité épidermique dans la tuberculose cutanée (Ueber die epikutane Empfindlichkeit bei Hauttuberkulose), par K. SIPOS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 25, 23 juin 1934, p. 776.

S. a suivi la technique de Nathan (application sur la peau d'une solution à 10 o/o de vieille tuberculine dans l'eau salée, pendant 24 heures) sur 42 malades présentant les diverses formes de tuberculose cutanée. Cette épreuve ne lui paraît pas absolument caractéristique de la tuberculose cutanée, car elle peut y manquer, et, en outre, se constater dans les tuberculoses viscérales. Sa valeur diagnostique est à admettre avec prudence. Chez les tuberculeux cutanés à réaction cutanée, S. a pu démontrer une atténuation de l'allergie. D'où il ressort que la réaction épidermique est liée, jusqu'à un certain point, à l'état allergique individuel. L. CHATELLIER.

Eléphantiasis péno-scrotal en rapport avec la lymphogranulomatose inguinale (Elephantiasis penis et scroti in ihrer Beziehung zur Lymphogranulomatosis venerea), par W. E. COUTTS et J. M. HERRERA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 25, 23 juin 1934, p. 784, 4 fig.

Chez trois malades, âgés de 29, 42 et 49 ans, les auteurs ont obtenu une réaction de Frei positive, alors que la sérologie syphilitique et la recherche de la filariose restaient négatives. Histologiquement, on trouve les mêmes lésions que dans l'éléphantiasis vulvaire chronique.

L. CHATELLIER.

Pour le traitement de différentes formes de lichen plan par la germanine (Zur Behandlung verschiedener Formen von Lichen ruber planus mit Germanin), par G. SCHERBER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 26, 30 juin 1934, p. 79.

Dans sept cas de lichen plan, où les autres thérapeutiques s'étaient montrées sans efficacité, S. a obtenu de prompts et durables résultats par la germanine en injections intramusculaires ou intraveineuses. Il convient de commencer par des doses faibles (0,25), qu'on augmente progressivement en surveillant attentivement les urines et la muqueuse buccale. L'apparition d'albuminurie ou d'un érythème buccal ou de la

sensation de tension ou de chaleur aux paumes et aux plantes commande la suppression temporaire ou définitive du traitement. La dose totale varie donc avec les susceptibilités du sujet. L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Nouvelles contributions au traitement spécifique et aux réactions allergiques de l'actinomycose (Weitere Beitræge zur spezifischen Therapie und zu der allergischen Reaktionen der Aktinomycose), par E. Neuber. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 47e année, n° 23, 8 juin 1934, p. 708, 3 fig.

L'immunologie de l'actinomycose n'est pas suffisamment connue et étudiée en Europe. Ce fait tient d'une part aux incertitudes qui entourent encore le groupe des actinomyces et d'autre part la rareté des lésions actinomycosiques dans nos pays. L'étude de l'allergie n'est pas seulement théorique, mais comporte la vaccinothérapie. Celle-ci ne doit être appliquée que sur des malades réagissant à l'injection intradermique de vaccin actinomycosique. Ce vaccin se prépare en partant de plusieurs souches d'actinomyces vieilles de 3-4 semaines, diluées dans 5 centimètres cubes d'eau salée et soumises à un broyage prolongé; le liquide obtenu est filtré et le filtrat additionné de 0,5 o/o d'acide phénique. Les dilutions employées varient de 1/8e à 1/2 ou au vaccin pur.

N. rapporte l'observation d'un jeune homme atteint d'actinomycose de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite, traité seulement par l'incision d'un abcès. L'état général est altéré; à l'injection intradermique de vaccin, réaction locale, focale et générale ; chrysothérapie qui améliore les lésions et les forces du malade ; la guérison est obtenue par une série d'injections vaccinantes allant de 0 cm. 1 à 0,9. La vaccinothérapie par un stock- vaccin est donc efficace, bien que l'auto-vaccin soit supérieur. Les réactions allergiques sont utiles au diagnostic, quand l'examen histologique ou la culture n'est pas possible.

L. Chatellier.

Archives Médicales Belges.

Un nouveau mode de traitement des ulcères variqueux, par Goosseus. *Archives Médicales Belges*, 87e année, n° 4, avril 1934.

L'auteur rappelle les avantages de la méthode de Sœur, badigeonner au nitrate d'argent à 10 o/o, recouvrir largement de vaseline, placer quelques épaisseurs de gaze stérilisée et de l'ouate sur laquelle on posera une éponge de caoutchouc très élastique, le tout maintenu par une bande Velpeau remontant jusqu'au jarret. Recommander la marche.

Six observations montrent l'intérêt du procédé même dans de petits ulcères ou des lésions menaçant de s'ulcérer et douloureuses.

A. Bocage.

Bruxelles Médical.

Le sang et la rate dans la première incubation et la période primaire de la syphilis, par G. Louste (Paris). *Bruxelles Médical*, 15e année, n° 31, 3 juin 1934, p. 977.

Dans cette conférence faite aux Journées Médicales de Bruxelles en 1933, L. montre que la syphilis, maladie infectieuse et sanguine, se généralise à l'organisme dès les premiers jours. Avant le chancre, elle est décelable par les altérations sanguines et la splénomégalie, premier signe de la syphilis. L'expérimentation chez les animaux de même que la syphilis congénitale confirment ces observations. H. Rabeau.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

Xeroderma pigmentosum, par E. Gaumard. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, n° 3, mars 1934, pp. 79-83.

Observation clinique d'un malade âgé de 23 ans, né de parents consanguins. A. Bocage.

L'érythème noueux, par A. Jobin. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, n° 4, avril 1934, pp. 118-124.

L'auteur réfute la théorie de l'origine tuberculeuse, tout en reconnaissant la fréquence des coexistences entre l'érythème noueux et une poussée tuberculeuse. Il en fait une maladie spécifique comparable à la coqueluche ou la rougeole dont on sait l'action favorable sur l'apparition et le développement de manifestations tuberculeuses. Il nie toute valeur aux résultats positifs des intradermo-réactions, où il ne voit qu'une manifestation reproduisant le type de la lésion cutanée dont le malade est porteur, réaction qu'on peut obtenir avec n'importe quel antigène aussi bien qu'avec la tuberculine. Déniant toute valeur à la présence de bacille de Koch, une fois constaté (il ne parle pas du virus filtrant tuberculeux), il accepterait plutôt comme agent étiologique un corynebactérium. A. Bocage.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Sur le choix d'une voie pour le traitement de la syphilis (Sobre la election de viá para el tratamiento de la sifilis), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 8, mai 1934, p. 635.

Les indications respectives des divers modes d'introduction des préparations antisyphilitiques varient suivant le malade, le médicament, la localisation de la maladie et les circonstances.

Les frictions mercurielles peuvent être utilisées dans les infections jeunes et chez des sujets jeunes. Elles ont actuellemant peu de faveur en tant que moyen de faire pénétrer le mercure dans l'organisme, mais

reprennent une certaine vogue comme agent d'excitation mécanique, à côté du massage, des bains de lumière et de soleil.

La voie intradermique convient aux méthodes adjuvantes telles que la protéinothérapie.

Les injections sous-cutanées et intramusculaires constituent la voie d'introduction habituelle du mercure et du bismuth. Elles sont à la base des traitements de fond ou de consolidation.

La thérapeutique intraveineuse par les préparations salvarsaniques et mercurielles permet une action rapide et énergique. Elle est de règle dans les cas graves et urgents et dans les formes contagieuses ; elle permet des cures abortives.

La voie digestive, de valeur réduite, peut être utilisée dans les syphilis cliniquement et sérologiquement latentes. J. Margarot.

Nouvelle contribution à l'étude des pyodermites chancriformes (Nueva contribucion al estudio de las piodermitis chancriformes), par J. S. Covisa et J. Bejarano. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n⁰ 8, mai 1934, p. 643, 7 fig.

C. et B. ont décrit il y a une dizaine d'années des lésions du limbe préputial observées chez de jeunes sujets et présentant tous les caractères d'un accident syphilitique primaire. Ils leur ont donné le nom de « Pyodermites génitales chancriformes de la première enfance ».

Des observations nouvelles ont prouvé à ces auteurs l'inexactitude de cette appellation : ils ont observé des lésions analogues chez l'adulte, en dehors de la zone génitale et dans le sexe féminin.

La pyodermite chancriforme est habituellement constituée par un élément unique. Une croûte analogue à celle des chancres syphilitiques de siège cutané, recouvre une érosion ou une exulcération sans bords et de base indurée.

L'adénopathie n'est pas constante, mais, quand elle existe, elle est souvent syphiloïde (ganglions multiples, indolores, nettement séparés les uns des autres, sans périadénite).

Son caractère est plus inflammatoire dans les cas de localisation extragénitale, mais la même remarque peut être faite pour les chancres extragénitaux.

Les examens à l'ultra-microscope, plusieurs fois répétés, les observations cliniques et sérologiques répétées donnent des résultats négatifs et permettent d'éliminer complètement le diagnostic de syphilis.

Les lésions histologiques consistent essentiellement en une acanthose très marquée, en une endopériartérite et une endophlébite tellement intenses qu'elles arrivent à être oblitérantes. Contrairement à ce que l'on observe dans la syphilis l'infiltrat n'est pas constitué par des cellules plasmatiques, mais par de nombreux leucocytes polynucléaires.

J. Margarot.

Contribution à la casuistique des chancres syphilitiques extragénitaux (Aportacion à la cuasistica de los chancros sifiliticos extragenitales), par J. Manem. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n⁰ 8, mai 1934, p. 662.

Observations de chancres multiples des deux seins, d'accidents primitifs de la lèvre inférieure, de la langue, de l'anus, de l'amygdale pharyngée, de la main (professionnel). L'intérêt de ces cas tient à la difficulté du diagnostic. Leur évolution n'a rien présenté d'anormal.

J. Margarot.

Hépatites biotoxiques. Etude critique et thérapeutique de quelques accidents hépato-cutanés observés au cours de la médication antisyphilitique arséno-bismuthique (Hépatitis biotoxicas. Estudio critico y terapeútica de algunos accidentes hepato-cutãneos observados en el curso de la medicaciõn antisifilitica arseno-bismutica), par José Sanchez Covisa et Luis de la Cuesta Almonacid. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 26e année, n° 8, mai 1934, p. 672.

Sans donner une importance excessive à la toxicité des arsenicaux, les auteurs estiment qu'il serait exagéré de soutenir que la syphilis est la cause unique des ictères précoces. Ce serait méconnaître l'hépatotropisme arsenical, plus habituel dans la série trivalente (salvarsanique) que dans la série pentavalente. Cette dernière donnerait plutôt lieu à des accidents de neurotropisme.

A l'action du poison ou du tréponème s'ajoute souvent celle d'autres facteurs, infectieux, toxiques ou traumatiques, endogènes ou exogènes, parmi lesquels, on doit faire place à l'hypoalimentation, fréquente dans certaines classes sociales.

La difficulté de conclure à l'étiologie certaine d'un ictère — étiologie souvent mixte et complexe — rend nécessaire la substitution au traitement arsenico-bismuthique d'une médication tout à la fois active et dénuée d'action hépato-toxique. Le cyanure de mercure se trouve indiqué dans la plupart des cas. Il a donné aux auteurs les meilleurs résultats.

D'autre part, si la fonction antitoxique du foie dépend, comme l'a démontré Roger, de la teneur en glycogène de la cellule hépatique, il y a lieu chez les malades de renforcer les réserves de cette substance ou, tout au moins, d'empêcher sa mobilisation en fournissant à l'organisme du glucose en quantité suffisante. C. et A. utilisent dans ce but, soit des injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques, soit des solvants sucrés pour le néosalvarsan, toutes les fois qu'ils se trouvent en présence de sujets ayant des antécédents hépatiques. J. Margarot.

A propos de l'étio-pathogénie et du traitement de la rosacée (Acerca de la etiopatogenia y el tratamiento de la rosacea), par C. Aguilera Maruri. *Actas dermosifiliograficas*, 26e année, n° 8, mai 1934, p. 682.

La rosacée est essentiellement en rapport avec des troubles digestifs. Alors même que ses relations avec les fonctions utéro-ovariennes paraissent certaines (qu'il s'agisse de femmes atteintes de dysménorrhée ou arrivées à la ménopause) on peut mettre en évidence des modifications sécrétoires de l'estomac et améliorer la congestion du visage par un traitement gastrique.

Ces conclusions sont basées sur le dosage de l'acidité du contenu stomacal, pratiqué soit après le repas d'épreuve d'Ewald-Boas, soit à jeun par la méthode fractionnée.

La première technique décèle chez 8 malades 3 cas d'achlorhydrie (soit 37,5 o/o) et 5 d'hypochlorhydrie (soit 62,5 o/o). La seconde, utilisée chez 19 couperosiques montre 42,1 o/o de sujets achlorhydriques, 42,1 o/o d'hypochlorhydriques, 10,55 o/o de sujets normaux et 5,25 o/o d'hyperchlorhydriques.

Le traitement par diverses préparations chlorhydropepsiques donne des résultats excellents.

L'hypérémie de la rosacée étant une véritable angionévrose, l'auteur étudie le mécanisme de la vaso-dilatation des vaisseaux de la face sous l'influence d'excitations diverses. La diminution de l'acidité gastrique étant habituelle chez les malades, il se demande si ce trouble sécrétoire n'a pas pour conséquence la production de substances histaminiques dans l'estomac. J. MARGAROT.

Le diagnostic des teignes (El diagnostico de las tiñeas), par J. FERNANDEZ DE LA PORTILLA. *Actas dermo-sifiliographicas*, 26e année, n° 8, mai 1934, p. 700.

L'auteur passe en revue les diverses méthodes qui permettent de caractériser l'atteinte des cheveux par des champignons pathogènes. Il fait le diagnostic différentiel des diverses variétés de teignes et signale les techniques positives d'identification que l'on peut utiliser (Examen en lumière ultra-paraviolette de Wood, examen microscopique des cheveux et des squames, cultures, inoculations, réactions humorales, intradermo-réactions avec des substances telles que la trichophytine).

J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y sifiliografia (Madrid).

Le 25e anniversaire de la fondation de l'Académie espagnole de Dermatologie et de Syphiligraphie (El XXV aniversario de la fundación de la Academia Española de Dermatologia y Sifiliographia), par BENITO FERNANDEZ GOMEZ et FIRMIN CUBERO DEL CASTILLO. *Ecos españoles de Dermatologia y sifiliografia*, 10e année, n° 104, mai 1934, p. 467.

L'année 1909, date de la fondation de la Société Espagnole de Dermatologie et de Syphiligraphie, doit être comptée comme une année glorieuse dans les annales de la science médicale espagnole. G. et C. rappellent les étapes brillantes de ce corps savant, qui devient en 1925 l'Académie espagnole de dermatologie et de syphiligraphie. Ils nous font assister à ses débuts avec son éminent fondateur don Juan Azua y Suarez et à ses progrès avec des animateurs tels que Castelo, Sans Bombin, Pardo Regidor, Jaime Peyri, Umbert, Barrio de Medina, Miguel Serrano, Enrique Garcia del Mazo, Oyarzabal, Quintana, Vergely, Jesus H. Sampeleyo, Antonio Hernandez Vasquez, Miguel F. Criado, Nonell, Moran..., José Sanchez Covisa, Enrique Sainz de Aja, etc. etc...

Le 17 mai 1934, une séance solennelle de commémoration inaugure les travaux d'une réunion extraordinaire à laquelle assistent de nombreux dermatologistes étrangers.

Antonio Piga expose les conclusions de son rapport sur *les résultats de la rœntgenthérapie dans les dermatoses*. Il insiste sur la valeur thérapeutique de cette méthode utilisée avec succès dans près de 80 affections cutanées et voudrait que dans chaque pays se constituassent des équipes mixtes de radiologistes et de dermatologistes pour reviser les indications et les techniques.

Le 18 mai, Rodriguez Arias, rapporteur, traite des *résultats de l'impaludation dans le traitement de la neurosyphilis*. Il met en évidence les bénéfices que l'on peut en tirer si on la réalise dans de bonnes conditions, à l'hôpital, par exemple, chez des sujets exempts de lésions viscérales. La malariathérapie est indiquée d'une manière absolue dans la paralysie générale ainsi que dans les tabès douloureux ou compliqués d'atrophie optique. Elle peut être utilisée dans certains cas de syphilis cérébro spinale, de syphilis héréditaire, de syphilis latente avec Wassermann irréductible. Elle doit toujours être suivie d'un traitement spécifique suffisant.

Le rapport d'Alvarez Sainz de Aja traite de l'importante question de *l'enseignement de la dermatotogie et de la syphiligraphie*. Ce n'est pas un simple programme d'études, mais un projet d'organisation, destiné à donner aux dermatosyphiligraphes l'instruction qui leur est nécessaire et à leur faire la place qu'ils méritent d'occuper dans le monde scientifique comme dans la pratique médicale.

Le 19 mai, a lieu l'Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien. Bravo et Fernandez de la Portilla présentent un rapport sur *l'état actuel de la lutte antivénérienne en Espagne*, Schrœnen un rapport sur *la lutte contre le péril vénérien et le charlatanisme*. Mme Reville Rolfe résume les travaux de la commission des ports sur l'hygiène et la prophylaxie antivénérienne dans la marine marchande.

Une conférence de Rœschmann sur les résultats de la lutte entreprise depuis 1927 clôture les journées prophylactiques. J. Margarot.

Nouveau traitement du pemphigus (A propos d'un cas de pemphigus malin) (Nuevo tratamiento del penfigo — A proposito de un caso de penfigo maligno —), par Luis Palles Roig. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10e année, no 105, juin 1934, p. 579.

Dans un cas de pemphigus malin, le traitement de Leczinski (injections intraveineuses de 10 centimètres cubes d'une solution d'urotropine à 30 o/o, trois fois par semaine, avec administration d'un gramme de quinine les jours intercalaires) a donné des résultats intéressants. Si la guérison définitive n'a pas été obtenue, l'état général s'est amélioré, la fièvre a disparu, les éléments bulleux ont à peu près complètement rétrocédé. La malade a pu se lever.

La seule modification apportée par l'auteur au traitement de Leczinski

a consisté en l'adjonction de 1 centigramme de bleu de méthylène à la solution d'urotropine. J. MARGAROT.

Syphilis et traumatisme (Un cas de syphilis traumatique par infection congénitale) (Sifilis y traumatismo — Un caso de sifilis traumatica por infection congenita —), par E. de GREGORIO et J. MURNA. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10e année, n° 105, juin 1934, p. 589, 1 fig.

Un sujet de 21 ans, hérédo-syphilitique, présente à la suite d'un traumatisme de l'épaule une périostite du bord inférieur de la clavicule. Les réactions sérologiques sont fortement positives. Un traitement arsénobismuthique fait disparaître les phénomènes douloureux et permet la reprise du travail. J. MARGAROT.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Histoire de la dermatologie et de la vénéréo-sifilologie en Italie, par Angelo BELLINI (préface du professeur Pasini). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXV, fasc. 3, juin 1934, p. 1087.

La moitié du numéro de juin est consacrée à cette importante et intéressante étude historique, suggérée à l'auteur par le professeur Pasini, afin de mettre en valeur la contribution italienne à la science dermato-vénéréologique « *trop souvent méconnue à l'intérieur et à l'extérieur* », dit-il. Ce n'est pas à la France qu'un tel reproche peut-être adressé, car il n'est pas un Français instruit et cultivé qui ne connaisse et n'apprécie le rôle éminent qu'a rempli l'Italie dans l'histoire de la civilisation en général, et pour ce qui concerne en particulier, la dermatologie, il n'est pas un dermato-syphiligraphe français qui n'associe dans son esprit, au nom de l'Italie, les noms de la nombreuse lignée des illustres dermatologistes et syphiligraphes italiens. Est-il besoin de rappeler qu'il y a quelques mois à peine, le professeur Léon Bernard rendait au mérite italien, dans le domaine médical, un juste et solennel hommage, dans une Conférence qui connut un grand succès : *Ce que la Médecine doit à l'Italie.* Peut-être le reproche est-il plus fondé pour d'autres peuples de civilisation relativement récente et qui n'étaient encore que des hordes barbares alors que Rome dominait le monde et l'illuminait de son génie.

Mais nos amis italiens ne pourraient-ils pas aussi s'adresser à eux-mêmes quelques reproches ? Et par exemple, comme membre de la « Dante Alighieri », homologue de l'Alliance française, saisissons cette occasion de déplorer l'effort tout à fait insuffisant des Italiens pour la diffusion de la belle langue italienne. Tous les Français instruits ont lu l'*Enéide*, bien peu ont lu la *Divine Comédie*, qui lui est cependant supérieure, car, à notre avis du moins, le disciple a surpassé le Maître. Les travaux des dermatologistes italiens seraient encore mieux connus en France, si les dermatologistes français étaient à même de lire les travaux des dermatologistes italiens.

Cette étude historique se compose de deux parties distinctes, consacrées, l'une à la dermatologie, l'autre à la vénéréo-syphilologie. Chaque partie comprenant cinq chapitres, correspondant à cinq étapes historiques : 1° De l'époque romaine à la Renaissance ; 2° Pendant la Renaissance ; 3° De la Renaissance à l'époque contemporaine ; 4° Pendant l'époque contemporaine ; 5° Période actuelle.

On ne peut que glaner d'ici et de là quelques noms, qui sont d'ailleurs universellement connus, ce qui prouve qu'ils n'ont pas été tant que cela méconnus. Bien entendu, il s'agit le plus souvent de médecins qui n'ont consacré à la spécialité qu'une part de leur activité, à une époque où il n'existait pas encore de spécialistes.

Qui donc ignore Celse et ses travaux sur l'alopécie en aires, ou Pline ? A la Renaissance, Fracastor, Fallope, sont bien aussi des noms connus de tous.

Entre la Renaissance et la période contemporaine, un chêne domine la forêt : Malpighi (1628-1694), le créateur de l'étude histologique de la peau, et dans tous les pays on emploie l'expression : la couche de Malpighi. Dans cette même période, deux livournais : Cosimo Bonome et Diacinto Cestoni, dès 1687, faisaient connaître l'acare de la gale, du moins, les documents italiens semblent bien l'établir. En France, nous attribuons cette découverte à Renucci, étudiant corse (1834). Nous avouerons que, en qualité de Corse, nous aurions des préférences pour cette dernière opinion. Mettons, si l'on veut, que l'acare a été découvert en 1687 en Italie par Bonome et en 1834 en France par Renucci. Morgagni appartient aussi à cette période (1682-1771) ; voilà encore un nom connu de toute l'humanité médicale ; il apporta à la dermatologie une contribution surtout histologique. Dans la période contemporaine, c'est-à-dire à partir du XIXe siècle, nous rencontrons les noms de Dubini, Paletta, André Vega, Soresina, Bertarelli, Bizzozero, de Amicis, Pellizzari, Majocchi, Mibelli, etc., noms familiers également aux dermatologistes français.

Pour ce qui est des dermatologistes italiens actuels, chaque mois, ici-même, les dermatologistes français sont tenus au courant de leurs travaux et depuis bientôt dix ans, nous nous y employons avec tout le soin possible, mu à la fois par l'intérêt scientifique et par la sympathie italienne.

Dans le compartiment vénéréo-syphilologique, beaucoup de noms que nous venons de citer pour la dermatologie se rencontrent encore, comme il est naturel.

Dans la période antique, il n'était pas question bien entendu de syphilis, et sur la blennorragie, il régnait surtout des préjugés sans base scientifique qu'inspirait une crédulité naïve, telle l'explication donnée par ce Magninus, qui vivait au XIVe siècle et qui attribuait l'écoulement urétral à une corruption du liquide séminal due à des coïts anormaux, par exemple *si ascendat mulier supra virum, quœ mala est figura.*

L'époque de la Renaissance est particulièrement intéressante puisque c'est celle de l'apparition de la syphilis et si beaucoup de noms de médecins de grande valeur cités par l'auteur sont en effet peu connus hors de l'Italie, il en est d'autres comme ceux de Vigo, Fracastor, Fallope dont la renommée est universelle.

De la Renaissance à l'époque contemporaine, Valsalva, Morgagni, Pollini dominent de nombreux autres savants vénéréologistes moins notoires.

Enfin, dans la période contemporaine, nous connaissons tous Scarenzio, l'inventeur des injections de calomel, qui furent, en leur temps, le remède le plus héroïque de la syphilis, et qui furent introduites en France par notre Maître Jullien. Profeta, Bacelli, ne sont également ignorés d'aucun de nous.

Il serait impossible, à moins de répéter l'article lui-même, d'indiquer pour chacun des auteurs que nous avons cités leur contribution respective.

Disons seulement que beaucoup d'entre eux, même dans les temps anciens, ont pressenti, par la seule intuition de leur génie, des vérités qui ne devaient être démontrées que plus tard et qui ne pouvaient l'être de leur temps parce que la Science ne disposait que de moyens d'investigation encore rudimentaires.

Le professeur Bellini signale aussi dans son étude, plusieurs fois, des découvertes attribuées à des auteurs de différents pays alors que le mérite devrait en revenir plutôt à des médecins italiens. Il est difficile de se prononcer sur ces questions de priorité, qui nécessitent en général une documentation précise et des recherches historiques méticuleuses. Mais il est bien certain que le prestige scientifique marche souvent de pair avec la puissance politique et économique, pour les nations comme pour les individus et que, lorsqu'on est riche et puissant on a beaucoup plus de facilité à faire admettre les mérites que l'on a et même ceux que l'on n'a pas. Ce que le professeur Bellini semble oublier, car nous ne lui ferons pas l'injure de le croire assez naïf pour l'ignorer.

Toutefois, sans méconnaître les mérites de l'école italienne, il est bien permis de dire que, si l'on devait faire un classement, ce n'est pas à elle que reviendrait la première place, et l'auteur lui-même le reconnaît loyalement. Dans les temps anciens, elle a été fortement imprégnée par les influences grecque et arabe. Dans les temps modernes, il faut reconnaître à l'école parisienne, à l'école viennoise, entre autres, des mérites plus éminents.

Ce qui caractérise l'histoire de la dermatologie italienne, ce sont ses fluctuations : des périodes de splendeur et de progrès alternant avec des périodes de profond déclin, comme dans tous les pays d'ailleurs, mais d'une manière plus accentuée que dans d'autres pays. Cette évolution scientifique n'est d'ailleurs que le reflet de l'évolution politique et sociale. L'Italie connaît aujourd'hui un nouveau *Risorgimento*, auquel correspond une recrudescence d'activité scientifique, et en particulier

dermato-vénéréologique. Souhaitons-lui que cette courbe soit désormais toujours ascendante, ce dont ne manqueront pas de se réjouir les nombreux amis que l'Italie compte en France. BELGODERE.

Urticaire pigmentaire lichenoide, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. III, juin 1934, p. 1207, 9 fig. Bibliographie.

L'auteur fait remarquer que nos connaissances sur l'u. p. sont actuellement à un point mort; la nature de cette dermatose nous reste inconnue, non seulement nous en ignorons l'étiologie et la pathogénie, mais nous ne sommes même pas parvenus à expliquer d'une manière satisfaisante le rapport entre les manifestations cliniques et le substratum anatomique fondamental, c'est-à-dire l'hyperplasie des mastzellen. Enfin, les publications sur cette affection se font de plus en plus rares.

S. rapporte le cas personnel suivant : fillette de 9 ans, chez laquelle la dermatose était apparue à l'âge de 16 mois. Il s'agissait d'un *u. p. lichénoide* cette désignation de *lichénoide* étant justifiée par le caractère morphologique des éléments qui étaient de petits éléments papuleux miliaires et non de larges papules comme on l'observe plus souvent. Autres particularités : le début de ce cas avait été marqué par une forte ascension thermique, l'éruption initiale avait eu un caractère morbilliforme, pour se transformer ensuite en éléments pigmentés ; la dermatose, au lieu d'évoluer par poussées comme d'habitude, demeurait fixe, par persistance des éléments de l'éruption primitive.

Au point de vue histologique, on constatait la présence classique de tumeurs mastocytaires du type classique de Unna, mais, fait assez particulier, des segments entiers de la paroi des petits vaisseaux capillaires des papilles étaient constitués par des séries ininterrompues de mastzellen, ce qui démontre, non seulement l'origine histiogène de ces cellules, mais leur dérivation possible d'éléments conjonctifs déjà évolués et spécialisés.

Au point de vue des rapports entre la pigmentogenèse et l'hypertrophie mastocytaire, l'auteur a apporté une contribution personnelle en pratiquant la dopa-réaction : il a constaté un comportement inverse entre les mastocytes et le pigment épidermique, dans le sens que, au niveau des papules, gonflées de mastocytes, le pigment était moins abondant que dans les espaces inter papuleux. La présence de granules de pigment dans les mastzellen, parfois constatée, doit être considérée selon S. comme un fait accidentel, dû à la phagocytose ; il admet, comme Pautrier, la possibilité du passage de grains de pigment des mélanoblastes épithéliaux aux mastocytes, mais plutôt comme un fait accidentel que comme l'expression d'un phénomène biologique ayant une signification fonctionnelle. La dopa-réaction n'a pas mis en évidence une exaltation de l'activité fermentative des mélanoblastes épithéliaux, toutefois, il faut considérer que la dopa-réaction se prête peu à des évaluations quantitatives.

La recherche des granulations lipoïdiques dans les mastzellen a donné un résultat négatif; seuls, quelques éléments ont répondu positivement, et seulement au rouge Sudan; cette absence de granulations lipoïdes écarte l'hypothèse que ces granulations puissent provenir de la dégénérescence et de l'autolyse cellulaire et montre que, lorsqu'elles existent, elles représentent une élaboration cellulaire normale.

Les rares mastzellen sudanophiles étaient dispersées, voisines des masses mastocytaires, mais sans leur être intimement mêlées, si bien qu'on avait l'impression qu'elles étaient étrangères au processus prolifératif fondamental de la maladie. Les mastzellen sudanophiles montrèrent, par rapport à celles sudan négatives qui se trouvaient dans les mastocytomes, les mêmes caractères de distribution et de nombre que les éléments sudanophiles assument habituellement dans les affections d'autre nature, inflammatoires ou autres. On pourrait en conclure que le mastocyte est une entité histologique à caractère multiple. Mais ce qui est plus probable, c'est qu'il s'agit d'un élément conjonctif génétiquement identique, mais capable de présenter des affinités chromatiques variables selon les activités biologiques particulières dans certaines conditions et certains moments déterminés. BELGODERE.

Recherches sur les modifications qui peuvent être provoquées dans le Ph de la sueur, par Battista COTTINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia.* Vol. LXXV, fasc. III, juin 1934, p. 1239. Bibliographie.

L'auteur rappelle l'importance biologique, démontrée par les travaux contemporains, de la concentration hydrogénique des tissus et des humeurs. En dermatologie, ces notions ont conduit à la conception du « manteau acide » dont le rôle protecteur se conçoit aisément, puisqu'un grand nombre de microorganismes pathogènes ont besoin d'un terrain neutre ou alcalin pour se trouver dans des conditions de développement favorables, et c'est également dans cette condition qu'il faut voir la raison de la localisation spéciale de certaines dermatoses parasitaires, puisque le Ph des tissus cutanés et de leurs sécrétions varie suivant les régions. Il était naturel que l'on cherchat à tirer de ces notions des applications thérapeutiques, que l'on cherchât à combattre certaines dermatoses en provoquant des modifications du Ph de la peau. Des recherches ont été déjà entreprises dans ce sens, que l'auteur passe en revue.

A son tour, il a entrepris des recherches personnelles, qui ont porté sur 20 sujets, dix hommes et dix femmes, atteints de dermatoses légères. Chez ces sujets, C. a cherché à provoquer des modifications du Ph de la peau en leur administrant par voie buccale soit des substances acides, soit des substances alcalines. On sait que, par cette méthode, il a été possible d'obtenir des modifications du Ph des urines. Puisque la sécrétion rénale peut être influencée par cette méthode, il apparaissait logique *à priori* que des modifications analogues pussent être obtenues pour les sécrétions cutanées. Les médicaments utilisés ont été, d'une part, pour

l'alcalinisation, le bicarbonate de soude, et le citrate de soude, d'autre part, pour l'acidification, l'acide phosphorique.

Les résultats obtenus par C., sont réunis dans un tableau où sont rassemblées parallèlement les modifications de l'acidité de la peau et de celle des urines. Ces résultats sont assez intéressants et démontrent la possibilité chez certains individus, dans certaines limites, de modifier, par un régime approprié, le Ph de la sueur et celui des urines.

Toutefois, l'auteur ne considère pas comme définitifs les résultats qu'il a obtenus et il poursuit ses recherches. BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'aplasie moniliforme, par PINETTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. III, juin 1934, p. 12491, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas d'aplasie moniliforme d'ailleurs classique, observé chez une femme de 26 ans. Mais il insiste sur certaines particularités. D'abord, l'altération pilaire n'était pas limitée au cuir chevelu, mais s'observait aussi au pubis, aux aisselles, aux sourcils, aux cils. Mais, comme le fait remarquer P. l'aplasie étant étudiée le plus souvent chez des enfants, il est naturel que ces localisations soient moins souvent observées. En outre, il y avait association du monilethrix avec une kératose pilaire évidente, également diffuse. La maladie était héréditaire, elle existait chez la mère et trois enfants dont deux filles et un fils Les petits-enfants étaient indemnes, mais étaient encore en bas-âge.

P. a constaté que la longueur des fuseaux intermédiaires à deux étranglements était très variable et que, en outre, il existait dés poils aplasiques et apigmentés dépourvus d'étranglements. Aussi ne croit-il pas fondée la théorie d'une influence pathogénique rythmique, souvent invoquée.

Par contre, chez sa malade, il existait des signes évidents de dysfonction endocrine thyroïdienne et des signes également nets d'éréthisme fonctionnel du sympathique. D'autre part, pendant une grossesse, on avait constaté une atténuation de la dystrophie pilaire, et l'on sait que la grossesse s'accompagne d'une exaltation des fonctions thyroïdiennes.

Pour ces raisons l'auteur est plutôt porté à penser que la dystrophie pilaire dite aplasie moniliforme est sous la dépendance de pertubations neuro-endocriniennes. BELGODÈRE.

Les atrophies lépreuses (Etude clinique et histologique), par PISACANE, *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 3, juin 1934, p. 1261, 6 fig. et une planche en couleurs. Bibliographie.

Un des chapitres les plus confus et les plus discutés de la dermatologie est assurément celui des atrophies cutanées. Une classification logique devrait être basée sur l'étiologie ou sur la pathogéuie. Mais si, pour certaines d'entre elles, le facteur étiologique nous est connu (b. K., bacille lépreux, tréponème, etc...), nous ne savons rien ou presque sur les facteurs matériels à travers lesquels se développent ces atrophies.

Les différents syndromes cliniques qui nous permettent de parler

d'atrophies primitives ou d'atrophies secondaires n'ont pas des caractères tels au point de vue clinique et histologique qu'ils puissent nous apporter quelque lumière sur ce problème, attendu que souvent, le substratum ultime anatomo-pathologique, c'est-à-dire l'atrophie, est identique dans les deux cas.

Dans ces conditions, voulant apporter une contribution personnelle sur cette question, il est apparu à l'auteur que les recherches devaient porter sur les facteurs que la connaissance de la physiopathologie cutanée nous enseigne être les plus importants pour la régulation du trophisme cutané, à savoir : 1° le *facteur nerveux* (innervation sensitive surtout et innervation végétative) ; 2° le *facteur vasculaire* (entendu comme régulateur des nécessités vitales du tissu, en rapport par conséquent avec les facteurs histioïdes au sens strict, et avec les facteurs hormoniques et nerveux qui entrent dans la régulation tonique des vaisseaux surtout) ; 3° les *facteurs de caractère plus manifestement tissural* (formations granulomateuses et dégénérescences diverses) qui jouent un rôle surtout dans les atrophies secondaires, mais que nous ne pouvons pas *a priori* exclure complètement dans certains cas d'atrophies primitives.

Et il est apparu à l'auteur qu'un terrain d'expériences particulièrement favorable était celui des atrophies lépreuses. Dans certains cas, assez nombreux de cette maladie, on voit s'établir, primitivement ou secondairement des atrophies typiques de la peau, qui peuvent assumer une telle importance clinique, qu'elles dominent et caractérisent le tableau de la maladie.

Des recherches ont donc été entreprises sur ces données chez cinq sujets atteints de la lèpre, à propos desquels l'auteur s'est appliqué à éclairer les points suivants : 1° détermination précise de la physiologie nerveuse des territoires intéressés ; 2° exploration fonctionnelle de la circulation dans ces territoires, comparativement aux territoires normaux ; 3° exploration de la réactivité spécifique et aspécifique du tissu vis-à-vis du matériel antigène lépreux et non lépreux de ces territoires, comparativement avec les territoires normaux ; 4° comparaison entre les caractères anatomo-histologiques de ces territoires et ceux des manifestations de caractère commun (nodulaire).

Nous ne pouvons entrer dans le détail des expériences effectuées sur ces données et des discussions complexes dont elles sont le point de départ dans ce travail.

Elles aboutissent à cette conclusion que, au point de vue histologique, il n'y a pas de différence substantielle entre les formes de lèpre nerveuse atrophique et les formes de lèpre nodulaire, qu'il n'existe entre ces deux formes, que des différences quantitatives et non qualitatives.

Se référant à de récentes recherches sur l'importance du facteur nerveux dans les phénomènes immunitaires, l'auteur explique l'absence, ou l'atténuation des manifestations réactives dans la forme nerveuse par la participation, diffuse ou primitive, de l'appareil nerveux sensitif, capa-

ble d'influencer notablement, ainsi qu'il résulte des recherches effectuées, le développement des réactions vasculaires et tissurales, qui sont précisément et essentiellement celles qui entrent en jeu dans le déterminisme de la physionomie des manifestations morbides cutanées.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

La fièvre exanthématique et le typhus endémique bénin, par Umberto BONCINELLI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 6, juin 1934, p. 305.

Dans ces dernières années, et dans de nombreux pays, on a décrit des affections fébriles avec exanthème qui présentaient avec le typhus exanthématique des analogies évidentes, sans avoir cependant la même gravité et la même diffusion. Ces affections, comme le TE, réagissent positivement à la réaction de Weil Félix et les recherches bactériologiques ont fait découvrir dans la plupart d'entre elles des microorganismes appartenant manifestement à une même famille, celle des « Rickettsie ». Ainsi ont été décrites : la fièvre boutonneuse de Conor et Bruch, la fièvre éruptive de Carducci, la fièvre de Marseille, la fièvre exanthématique méditerranéenne, la maladie de Brill, le typhus murin ou fièvre de Toulon, le typhus mexicain, le dermotyphus tropical, le typhus de Sao Paulo; la fièvre purpurique des Montagnes Rocheuses, la fièvre fluviale du Japon, etc.

La question s'est alors posée de savoir si ces diverses affections devaient être considérées comme des formes atténuées du TE ou bien s'il s'agissait de maladies distinctes; *unicistes* et *dualistes* se sont affrontés.

L'auteur étudie dans ce travail celles de ces variétés cliniques qui ont été observées dans les pays européens, et il montre que, sous l'abondance des dénominations, ces variétés multiples peuvent en réalité se réduire à deux formes : 1° la fièvre exanthématique méditerranéenne; 2° le typhus endémique bénin.

La *fièvre exanthématique méditerranéenne*, outre ses manifestations fébriles et éruptives, est caractérisé par la *tache noire* décrite en 1925 par Pieri et Brugeas, de Marseille, qui représente la porte d'entrée du virus inoculé par la piqûre de l'acare transmetteur : la tique. Dans les divers types cliniques qui peuvent être rangés sous cette dénomination, la réaction de W.-F. est positive, l'agent transmetteur du virus est la tique, et le réservoir du virus est le chien. La réceptivité des animaux de laboratoire est variable ce qui a été la cause de divergence et de grandes difficultés d'interprétation pathogénique. Mais dans les différentes fortes formes de ce groupe on a pu mettre en évidence la présence des Rickettsie.

Le *typhus exanthématique bénin* comprend notamment les formes qui ont été décrites sous les noms de maladie de Brill, typhus nautique ou fièvre de Toulon. Au point de vue clinique, il ne présente pas de dif-

férence caractéristiques avec les formes précédentes, si non que dans ces cas, la *tache noire* fait défaut. Le mode de transmission est en effet tout à fait différent : les tiques et les chiens ne jouent là aucun rôle ; le réservoir du virus est le rat et l'agent transmetteur la puce. Des expériences de laboratoire ont bien montré le rôle joué par le rat et par les puces. Elles ont montré également l'identité de nature de cette maladie avec le TE, notamment au moyen de l'immunité croisée.

Il résulte donc des travaux de ces dernières années qu'il existe bien, dans les différents pays du monde un typhus exanthématique épidémique (TE) ou classique, et un typhus exanthématique bénin (TEB). Si l'on fait le parallèle de ces deux affections, on leur trouve les différences suivantes : *Cliniquement* : le TE est une maladie grave à haute mortalité, dans laquelle les phénomènes nerveux prédominent sur les manifestations cutanées, tandis que le TEB est une maladie rarement mortelle, où les accidents cutanés occupent le premier plan. *Epidémiologiquement* : le TE a un grand pouvoir de diffusion, l'agent transmetteur est le pou, le réservoir naturel est l'homme ; le TEB au contraire se présente sous la forme de cas sporadiques, l'agent transmetteur est la puce, le réservoir naturel est le rat. *Expérimentalement* : le cobaye réagit aux deux virus par des élévations de température, mais, tandis que le virus du TE ne donne pas de réactions appréciables du côté des testicules, celui du TEB provoque une tuméfaction du scrotum avec périorchite.

Mais ces caractères différentiels ne sont pas absolus. Il existe en réalité des formes intermédiaires qui sont un puissant argument en faveur de l'opinion uniciste, d'après laquelle le TEB ne serait qu'une forme atténuée du TE. Cependant, pour certains, cette opinion uniciste ne serait pas applicable à la fièvre méditerranéenne, qui constituerait réellement un groupe à part. Encore cette opinion n'est-elle pas admise par tous et il y a des unicistes absolus, qui estiment que toutes ces fièvres éruptives forment une seule famille due à un agent pathogène unique, ou tout au moins à des agents pathogènes d'une même famille, et les différences cliniques et biologiques constatées entre ces différentes affections seraient dues à des variations de virulence du germe.

Belgodère.

Contribution à l'étude du pityriasis rubra pilaire de Devergie, par Leigheb. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 6, juin 1934, p. 321, 2 fig. Bibliographie

L'auteur présente un cas de P. R. P. qu'il a eu l'occasion d'observer en février 1933. Il s'agit d'un sujet masculin qui n'était déjà plus jeune : 36 ans avec déficience du développement somatique, sans tares héréditaires avec des symptomes de lésions anciennes et en activité d'infection tuberculeuse et de syphilis ignorée.

L'étude de la constitution du malade a montré qu'il s'agissait d'un sujet microsplanchnique, longiligne asthénique, longitype déficient, avec prédominance abdominale relative. L'orientation endocrinienne

était caractérisée par un état probable d'hypocrinie générale, avec hyporéactivité sympathique et prévalence parasympathique.

La dermatose débuta au sacrum il y a environ quatre ans par une plaque érythémato-squameuse et présenta une poussée aiguë aux mains et aux pieds au début de janvier 1933. Les accidents initiaux des mains et des pieds furent érythémato-œdémateux. Successivement, et dans l'espace de quelques jours s'établit une hyperkératose palmaire et plantaire. C'est seulement au bout de quelques mois (avril 1933) que l'élément morphologique constitutif revêtit l'aspect caractéristique papulo-kyperkératosique folliculaire au dos des mains et des phalanges et aux avant-bras. Au visage et sur les parties latérales du cou, on remarquait un érythème très léger avec desquamation pityriasique.

Histologiquement, il existait de l'hyperkératose et une parakératose inconstante particulièrement au niveau des orifices folliculaires. Dans le derme légère réaction néo-formative, de préférence fibroblastique autour des annexes, périvascularite histiocytaire, léger œdème.

La dermatose, qui était restée sans modification sous l'influence du traitement antiluétique et du traitement local (réducteurs, kératolytiques) céda à la chrysothérapie.

A la description clinique, complétée par les résultats de nombreux examens spéciaux, l'auteur ajoute une discussion diagnostique et l'interprétation étiopathogénique de ce cas. BELGODÈRE.

Considérations diagnostiques sur un cas de lèpre nerveuse pure avec examen bactériologique négatif, par Alberto MIDANA et Mario PIOLTI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 6, juin 1934, p. 339, bibliographie.

On sait que la lèpre nerveuse pure s'observe plus rarement que les autres formes, tubéreuse et mixte. Dans ces cas de lèpre nerveuse, si les éléments de diagnostic fournis par les manifestations cutanées viennent à faire défaut, l'attention du clinicien se porte vers le bacille de Hansen que l'on recherche, soit dans la sécrétion nasale, après administration de KI, soit dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le matériel prélevé par ponction des troncs nerveux, la constatation du bacille ayant une valeur absolue, par rapport aux autres tableaux pathologiques qui pourraient venir en discussion. Mais, si cette preuve bactériologiques vient à faire défaut, le clinicien est dans l'obligation d'établir son diagnosti différentiel en se basant uniquement sur l'analyse des symptômes neurologiques, qui parfois n'offrent pas une symptomatologie tellement nette qu'elle puisse faire exclure sans hésiter la possibilité de lésions du neurone périphérique qui seraient dues à des processus morbides d'une autre maladie. On conçoit donc aisément toute l'importance que présentent des cas semblables.

L'auteur rapporte l'observation d'un sujet âgé de 68 ans, qui était atteint de lèpre indigène depuis 20 ans, avec des caractères uniquement neurologiques, sans lésions cutanées, sans épaississement des troncs nerveux, avec recherche négative du bacille de Hansen. Il fait un parallèle entre

les caractères cliniques de ce cas et ceux de la syringomyélie, montrant les très grandes analogies de ces deux affections. Ces analogies sont du reste parfois telles que des neurologistes éminents estiment que, dans certains cas il est même impossible de faire le diagnostic, et que d'autres, comme Zambaco, ont même émis l'opinon que certains cas de syringomyélie n'étaient que des formes particulières de la lèpre, localisée sur la moelle épinière.

Par une discussion clinique très serrée, qui ne peut se résumer, l'auteur élimine la syringomyélie et montre que les altérations nerveuses présentées par son malade doivent être attribuées à la lèpre. BELGODÈRE.

Lymphogranulome luétique avec hépato- et splénomégalie dans un cas de syphilis ancienne méconnue, par CIAMBELLOTI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 6, juin 1934, p. 347, 3 fig.

Les adénites syphilitiques, systématiques, pouvant simuler une lymphogranulomatose maligne sont d'observation rare. L'auteur en étudie un cas observé chez un homme de 38 ans, qui présentait une polyadénopathie généralisée, avec des ganglions dont la grosseur variait de celle d'une noisette à celle d'un œuf de poule; cette adénopathie se développait régulièrement depuis un an, sans oscillations. Il existait aussi une légère hypertrophie du foie et de la rate. Le sujet niait la syphilis, mais comme toutes les réactions sérologiques étaient fortement positives, il fut soumis au traitement bismuthique, qui amena une amélioration considérable et rapide, les ganglions disparurent presque complètement et la nature de ces adénopathies se trouva donc ainsi établie par ce traitement d'épreuve.

Mais l'examen histologique montra des altérations profondes dans la structure des ganglions, consistant, d'une manière générale, sans entrer dans le détail, dans la disparition des follicules lymphatiques et leur substitution par un tissu stromatique néoformé, de sorte que, si l'on n'y avait eu comme base de diagnostic que les éléments cliniques et histologiques, il aurait été bien difficile de faire le diagnostic de ces adénopathies avec les différents types de lymphogranulomatose maligne.

Aussi l'auteur croit-il devoir insister sur les caractères différentiels, attendu que l'on peut se trouver en présence de cas où les antécédents font défaut et où la sérologie est muette.

Il discute donc ce diagnostic histologique. Après avoir éliminé la lymphogranulomatose de Kundrat, les sarcomes primitifs des glandes lymphatiques, les endothéliomes des glandes lymphatiques, il montre que le champ de la discussion se limite aux formes hyperplasiques des éléments différenciés ou du stroma indifférencié des tissus hémopoïétiques.

Différenciés : *a*) la *myéloadénie*, *b*) la *lymphoadénie*.

Indifférenciés : *a*) la *lymphogranulomatose maligne de Sternberg-Paltauf* dont il examine les multiples variétés, *b*) la *lymphogranulomatose tuberculeuse*, *c*) le *granulome luétique*.

L'auteur montre comment, dans ces différents types, par une analyse

minutieuse des caractères histologiques, on peut parvenir à établir le diagnostic histologique avec les adénopathies luétiques pures.

BELGODÈRE.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Des réactions cutanées aux colorants, par KWIATKOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIX, n° 2, juin 1934, p. 237.

K. a étudié les réactions de la peau aux intradermo-réactions de bleu de trypan en solution à 0,2 o/oo. Ces injections ont été utilisées par Leszczynski pour étudier le système réticulo-endothélial ; elles constituent probablement un nouveau procédé de « coloration vitale », élective pour les histiocytes.

L'injection de bleu de trypan a l'avantage d'être visible même en cas d'érythème, d'être inoffensive et facilement absorbée. Les expériences de Popow ont paru démontrer le rôle inhibiteur du colorant sur les réactions allergiques (« rôle anti-réactionnel »).

K. a étudié plus particulièrement l'influence du colorant sur l'état inflammatoire de la peau, sur les réactions allergiques et sur l'évolution d'une papule histaminique.

Lorsqu'après une injection de bleu, on provoque de l'érythème par l'application d'un sinapisme, la présence du colorant ne paraît pas modifier l'évolution et l'intensité de l'état inflammatoire de la peau. Lorsque l'érythème est provoqué en premier, l'état inflammatoire paraît quelquefois exercer une action inhibitrice sur la formation de l'anneau bleu qui s'arrête nettement au bord de la zone érythémateuse mais, en général, l'inflammation reste sans influence sur la diffusion du colorant. Lorsque l'érythème et l'intradermo au bleu ont été pratiqués exactement au même point, le colorant forme une rosette ; il semble que les deux réactions se gênent réciproquement et le bleu n'arrive à s'étendre que lorsque l'inflammation commence à s'éteindre.

La papule histaminique se développe sur le territoire coloré de la même façon que sur la peau normale.

Le colorant ne paraît pas modifier les réactions allergiques ; celles-ci, par contre, ont quelquefois empêché la diffusion du colorant.

Il est encore difficile d'interpréter les résultats observés ; K. pense, néanmoins, que la nouvelle méthode de « coloration vitale » de Leszczynski, permettra de mieux étudier la physio-pathologie du derme.

S. FERNET.

De l'intradermo-réaction dans la maladie de Dühring, par GLAUBERSOHN. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIX, n° 2, juin 1934, p. 256.

Dans un cas de maladie de Dühring, G. a pratiqué des intradermo-réactions avec la sérosité des bulles, inactivée par un séjour dans l'eau à 60°. Il a pu reproduire ainsi, en peau saine, les lésions caractéristiques de la maladie. L'injection de sérosité, additionnée du sérum du malade, ne produisait aucune réaction.

L'auteur relève dans cette observation le fait que l'injection de sérosité est la seule qui permette d'obtenir une réaction isomorphe, que le malade fut notablement amélioré et, qu'après une série de ces injections, il réagissait moins violemment aux épidermo-réactions à l'iodure de K.

S. Fernet.

De l'épidermo-réaction à la tuberculine, par Swiatkiewicz. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXIX, n° 2, juin 1934, p. 280.

Pour explorer la sensibilité épidermique à la tuberculine, on se servait jusqu'à présent de la pommade de Moro. Les auteurs allemands, Nathan et Kallos, reprochant à cette technique de nécessiter des frictions, d'être kératolytique et de traumatiser ainsi le derme, ont proposé de la remplacer par une épidermo-réaction par application de compresses imprégnées de solutions de tuberculine de concentration croissante. Pratiquement, des solutions de 1 et de 10 o/o suffisent. Les épidermo-réactions à la tuberculine, ainsi pratiquées, ne seraient positives que chez les porteurs de tuberculoses cutanées ; elles seraient négatives dans les cas de tuberculose viscérale et dans tous les cas contrôles.

S. a étudié cette épidermo-réaction sur 60 cas de tuberculose cutanée, 100 cas d'affections diverses non accompagnées de tuberculose et 36 cas de tuberculose viscérale.

Des compresses de 1 centimètre carré imprégnées d'une solution de tuberculine à 10 o/o étaient appliquées sur la peau du bras, recouvertes de taffetas imperméable et d'emplâtre. La réaction débute après 24 heures sous forme d'un érythème et de petites papules ; après 48 heures, les papules deviennent plus nombreuses ; l'érythème disparaît en quelques jours, mais les papules persistent plus longtemps et sont quelquefois suivies d'une pigmentation persistante.

Ces expériences permettent à S. de confirmer les assertions de Nathan et Kallos : l'épidermo-réaction à la tuberculine, pratiquée suivant la nouvelle technique, a été positive dans 77 o/o des cas de lupus et dans 89 o/o des cas de gommes tuberculeuses. Elle a été négative dans 95 o/o des cas de tuberculose viscérale, dans 100 o/o des cas de syphilis, dans 95 o/o des cas de blennorragie et 96 o/o des cas de dermatoses diverses.

S. Fernet.

LIVRES NOUVEAUX

Dermatoses et système endocrinien, par G. Stümpke, 174 p., 40 fig., chez S. Karger, Berlin 1934, 16 R. M.

La littérature sur ce sujet est extraordinairement riche, dit l'auteur dans son avant-propos. L'objet de cette monographie est de présenter une étude d'ensemble sur la question, à la lumière des travaux parus et des observations accumulées depuis 10 ans par S.

Mais il était nécessaire de rappeler d'abord les notions physiologiques acquises sur le système endocrinien et le système neuro-végétatif (sympathique et parasympathique). S. a confié la tâche au Pr Trautmann, qui a résumé en 28 pages précises, claires et instructives, ce que l'on sait aujourd'hui sur la « physiologie des glandes endocrines ».

Les rapports entre les dermatoses et le système endocrinien sont établis dans nombre de dermatoses, de façon certaine, par les résultats obtenus par l'organothérapie. Mais les publications sur les différentes dermatoses rattachées plus ou moins à un trouble fonctionnel normal (l'âge, par exemple), ou à des altérations pathologiques (infections, dégénérescences) exigent, avant tout, un examen critique, que S. fait sans faiblesse. Il faut, en effet, savoir que la concomitance d'un trouble endocrinien et d'une dermatose ne signifie pas nécessairement un rapport de cause à effet entre le premier et la seconde ; que, d'autre part, nos procédés d'investigation sont loin d'être parfaits et enfin qu'il existe entre les diverses glandes des synergies, des antagonismes ou des suppléances qui compliquent singulièrement le problème.

Cependant, après cette critique nécessaire, restent des faits indubitables, dont la valeur s'accroîtra par l'accumulation d'observations bien établies. C'est là que S. apporte sa contribution personnelle et originale. Il n'est malheureusement pas possible de résumer les conclusions qu'il apporte déjà avec une singulière concision. Nous nous bornons à énumérer les dermatoses où S. a étudié l'influence du système endocrinien : le psoriasis ; l'eczéma et l'érythrodermie ; la neurodermite, le prurit et le prurigo ; les lésions cutanées pendant la grossesse, la ménopause et les règles ; les acnés (vulgaire, rosacée, nécrotique), l'herpès ; la sclérodermie et les affections qui lui sont voisines ; la maladie de Raynaud et les maladies semblables (acrocyanose, érythrocyanose, érythromélalgie) ; les érythèmes, les urticaires et le groupe des maladies bulleuses (pemphigus, dermatite polymorphe, épidermolyse) ; la maladie de Recklinghausen, la maladie de Darier, les kératodermies, l'*acanthosis nigricans*, l'ichtyose ; diverses dermatoses (épithélioma, xanthome,

lichen plan, etc.) ; et enfin le groupe des anomalies du poil, des ongles et du pigment. Le livre se termine par un long et utile chapitre de thérapeutique : opothérapie, radiothérapie des glandes incriminées.

On trouvera aussi une liste de trois pages des différentes préparations opothérapiques en usage en Allemagne. Bibliographie considérable.

L. Chatellier.

Etude sur la réaction de sédimentation des hématies en clinique, par J. Dubary. *Thèse Bordeaux,* 1934. Imprimerie J. Bière. 203 pages.

Tout état pathologique paraît modifier la vitesse de sédimentation des hématies et presque toujours en l'accélérant. Cette réaction n'a que la valeur d'une indication ; indication diagnostique de peu d'importance, indication pronostique beaucoup plus certaine. L'établissement de courbes de sédimentation permet de suivre l'évolution d'une affection et d'apprécier l'efficacité des traitements. Il y aurait intérêt dans ce but à uniformiser les techniques. Celle de Sabrazès lui paraît devoir être généralement adoptée. Il pense que la vitesse de sédimentation est le reflet de la lutte de l'organisme contre tout agent pathogène toxique ou infectieux. Dans la syphilis héréditaire, la réaction est accélérée au cours d'accidents spécifiques en évolution. Elle s'abaisse sous l'influence du traitement et semble être un test thérapeutique plus sensible que le Bordet-Wassermann. Dans la syphilis, la vitesse de sédimentation est habituellement augmentée, elle est plus précoce que les réactions sérologiques. De faible valeur diagnostique, elle présente un gros intérêt pronostique. Les ulcérations génitales non syphilitiques, l'herpès, la balanite ne modifient pas la vitesse de sédimentation. Dans la maladie de Nicolas-Favre, la vitesse de sédimentation paraît au contraire sensiblement élevée. Les cancers cutanés, la tuberculose cutanée semblent sans effet sur la vitesse de sédimentation. Légèrement accélérée dans la poïkilodermie, elle l'est de façon plus nette dans le cas de pemphigus foliacé, dans un érythème polymorphe, dans un érythème toxique. Elle serait utile pour le pronostic de la lèpre. Ces conclusions ne sont d'ailleurs que provisoires, et des recherches sur une plus vaste échelle méritent d'être poursuivies.

H. Rabeau.

The 1933 Book of Dermatology and Syphilology, par Wise et Sulzberger. Un volume de 458 pages et 28 figures. *The Year Book Publishers.* Chicago. Prix $ 2.25 et Lewis et C°, Londres. Prix 10/6.

Édition 1933 du Livre annuel de dermatologie et de syphiligraphie contenant les comptes rendus commentés des principaux travaux parus dans l'année et des indications bibliographiques.

Les chapitres sur l'allergie, l'immunité et le traitement de la syphilis ont été augmentés. Le volume est complété par un article sur le traitement de l'acné à l'usage des praticiens.

S. Fernet.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX



UN CAS DE SYNDROME DE VIDAL NON BLENNORRAGIQUE FAVORABLEMENT INFLUENCÉ PAR L'ADMINISTRATION DE VITAMINES

Par

O. JERSILD
Médecin Chef de service
à l'Hôpital Rudolph Bergh

et

à Copenhague.

O. MOLTKE
Chef de clinique
à l'Hôpital Bispebjerg

Le jour même où est arrivé à Copenhague le n° 11 des *Annales de Dermatologie* 1933, contenant l'article de M. Gadrat sur le « Syndrome de Vidal hors de toute gonoccocie » est entrée à l'Hôpital Rudolph Bergh une femme atteinte d'une affection conforme à l'observation de la clinique du professeur Audry et aux 5 cas recueillis dans la littérature par M. Gadrat. Nous nous sommes proposés de publier aussi notre cas, premièrement pour compléter la documentation relative aux cas de ce syndrome ne s'accompagnant pas d'infection blennorragique antérieure ou actuelle, et ensuite à cause de l'effet inattendu du traitement institué un peu au hasard à l'Hôpital Rudolph Bergh.

En voici l'observation :

A. T..., 49 ans, mariée, est entrée à l'Hôpital Rudolph Bergh le 8 décembre 1933, venant de l'Hôpital de Bispebjerg, à Copenhague, où elle avait été soignée : 1° dans le service chirurgical (chef le Dr C. Wessel) pour une attaque de cholélithiase dont elle a eu la première atteinte en 1917 ; et 2° dans le service médical B (chef le Dr Meulengracht) depuis le 16 novembre.

La malade a toujours joui d'une bonne santé, abstraction faite de ses crises de cholélithiase qui lui ont imposé un régime diététique (elle a évité complètement le beurre, les graisses, et aussi les nourritures trop lourdes). Régulièrement réglée jusqu'à la ménopause survenue il y a 2 ans.

Une seule grossesse à l'âge de 31 ans ; l'enfant est vivant et se porte bien. Pas de fausse couche. Ni la malade, ni son mari n'ont jamais eu aucune maladie vénérienne. Elle nie toute disposition arthritique familiale ou personnelle. Jamais de maladie cutanée avant l'apparition de son affection actuelle.



Fig. 1. — 18 novembre 1933.

Vers la fin de juin 1933, elle a observé un gonflement douloureux correspondant à la IIIe articulation métacarpo-phalangienne de la main droite. Plus tard, le même gonflement douloureux a atteint le genou droit puis le genou gauche. Une légère élévation de température

(38°-38°5) et une sensation se fatigue ont accompagné l'apparition et l'évolution des phénomènes articulaires. Au moment où ont débuté les arthropathies, la malade a eu beaucoup de chagrin, et elle a subi, au cours de sa maladie, une vraie crise psychique. Elle a maigri (perte de deux kilogrammes et demi) et elle a eu des accès de sueurs profuses.

Il semble que l'affection cutanée ait débuté peu de temps après



Fig. 2. — 18 novembre 1933.

l'apparition des arthropathies avec quelques éléments isolés sur la jambe droite et sur les faces dorsales des deux avant-bras, mais une poussée plus générale ne s'est manifestée qu'avant le commencement de septembre 1933, et depuis lors la malade a remarqué, de jour en jour, une progression de l'affection. Nous avons eu l'occasion d'examiner la malade à l'Hôpital de Bispebjerg, le 18 novembre et, au cours des

3 semaines séparant cette date et son entrée à l'Hôpital Rudolph Bergh, les éléments se sont agrandis considérablement en nombre et en extension.

Au service médical de l'Hôpital de Bispebjerg, on a noté que la lésion initiale avait eu l'aspect d'une petite pustule (papule rouge de la grandeur d'une lentille, jaune au centre, mais pendant l'époque où nous avons eu l'occasion d'observer la malade à l'Hôpital Rudolph



Fig. 3. — 18 novembre 1933.

Bergh, l'efflorescence initiale n'a été constituée que par une petite papule rouge de la grandeur d'une tête d'épingle qui, en s'agrandissant, se couvrait de squames blanches, psoriasiformes. Plus tard, quand l'élément fut arrivé à une extension plus considérable, il devint kératosique, principalement sur les mains, sur les pieds et sur les parties avoisinantes des avant-bras et des jambes.

Au service médical B on a fait les examens suivants :

Séro-réaction négative le 18 novembre (réaction de Bordet-Wassermann originale, réaction avec extrait concentré de cœur de veau et réaction de Kahn) ; réaction également négative, le 2 décembre (exa-

men sérologique dit étendu, à savoir les mêmes méthodes complétées par la réaction de conglomération de Müller et la réaction de Meinicke).

2° Gono-réaction, le 2 décembre, négative.

3° Réaction de Widal négative.

4° Intradermo-réaction à la tuberculine positive.

5° Repas d'épreuve d'Ewald : quantité après trois quarts d'heure 19 + 28 centimètres cubes, Congo 0, acidité totale 14.

6° Examen hématologique : hémoglobine (Sahli) 71 o/o.

Globules rouges : 3.715.000 } le 17 novembre.
Globules blancs : 6.100 }

Réaction de sédimentation des globules rouges 84 millimètres (1 h.).

Formule leucocytaire le 23 novembre :

Polynucléaires	67 o/o
Lymphocytes	31 o/o
Monocytes	2 o/o

7° Calcium du sérum : 9,7 milligrammes o/o.

En outre : stéthoscopie normale, urines sans albumine, sans pus et sans sucre. Température pendant tout le séjour de 38°-38°5. Poids à l'entrée 63 kg. 4, le 23 novembre 62 kilogrammes. Radiographie : exsudat considérable dans les bourses suprapatellaires des deux genoux, surtout dans celle du genou gauche. Formations ostéophytiques discrètes au bord latéral de la face articulaire du genou droit. Pas d'altérations pathologiques visibles de la main droite. Quant au cœur, aux grands vaisseaux et aux poumons, rien d'anormal.

Comme déjà indiqué, la malade est transférée, le 8 décembre 1933, à cause de la progression continuelle de son affection cutanée.

Examen à l'entrée à l'Hôpital Rudolph Bergh. — La malade, très affaiblie, donne l'impression d'une personne extrêmement nerveuse fondant en larmes plusieurs fois pendant l'interrogatoire. Elle ne peut pas se tenir debout en raison de ses arthropathies. Sa température oscille entre 38°-38°2 le soir et 37°4-37°6 le matin.

1° *Les manifestations articulaires.* — Les deux genoux et l'articulation métacarpo-phalangienne III de la main droite sont atteints. Les deux genoux sont augmentés de volume (circonférence du genou droit de 38 cm. 5 ; du genou gauche de 38 centimètres). La tuméfaction intéresse principalement les bourses suprapatellaires, et le choc rotulien est perceptible des deux côtés. Les genoux sont immobilisés en flexion, et toute tentative de mobilisation passive est douloureuse. La pression des parties osseuses provoque aussi des douleurs.

La partie de la face dorsale de la main droite correspondant à l'articulation métacarpo-phalangienne III présente une tuméfaction un peu douloureuse à la pression et par flexion extrême du doigt, tandis que les mouvements modérés du doigt III sont possibles sans douleur. Les

téguments recouvrant la tuméfaction sont d'une couleur rouge violacé.

2° *Lésions cutanées.*

A) Tout le cuir chevelu est transformé en une calotte épaisse de squames fines et blanches dont les couches les plus superficielles se détachent facilement par grattage. Dans la couche squameuse, d'une



Fig. 4. — 11 décembre 1933.

épaisseur presque égale sur toute la tête, se laissent distinguer 4 à 5 bosselures fermes, circonscrites, de la grandeur d'une amande de noisette. Aucune perte de cheveux.

B) Sur la peau de la face, du tronc et des extrémités, on voit une érup-

tion d'éléments isolés, psoriasiformes, d'une grandeur allant d'une lentille à celle d'une pièce de 10 centimes. Les éléments consistent en une base papuleuse, rouge, couverte d'une couche de squames blanches, nacrées. Les squames se détachent par grattage pour faire apparaître une surface rouge, lisse, qui saigne ponctuellement (membrane de Bulkley). Où on a pratiqué, à l'Hôpital de Bispebjerg, les intradermo-réactions à la tuberculine, on voit 3 éléments psoriasiformes récents (phénomène de Köbner). On n'observe aucun élément pustuleux.

C) Dans les régions génito-inguinales, dans la dépression ombilicale (y compris le territoire cutané environnant), dans les plis sous-mammaires et dans les aisselles, l'affection présente plutôt l'aspect d'un eczéma séborrhéique (peau rouge, lisse, un peu suintante).



Fig. 5. — 11 décembre 1933.

D) Les éléments kératosiques siègent périphériquement sur les membres. Sont surtout atteints le pied droit et les parties avoisinantes de la jambe droite (on trouve deux grands éléments isolés, l'un à la face latérale du genou droit et l'autre au milieu du tibia droit), la main droite et l'avant-bras droit (deux placards). Les kératomes les plus grands atteignent le diamètre d'une pièce de 2 francs, ceux qui sont les plus élevés (hauteur d'un centimètre) et qui se trouvent sur la face dorsale et interne du pied droit, ont un aspect ostréacé ou rupioïde. Quelquefois, les kératomes portent une dépression centrale qui rappelle la configuration cratériforme de certaines cultures de teignes. Aux deux plantes, les kératoses sont moins saillantes et d'une teinte jaunâtre, couleur de cire. Elles ne sont pas confluentes et ne forment pas une « semelle », comme dans le cas de M. Gadrat, abstraction faite de la face plantaire et interne de l'orteil droit où s'est constituée, au moment de l'entrée à l'hôpital Rudolph Bergh, une véritable nappe

cornée. Sur la paume de la main droite siègent également des kératomes semblables. La paume gauche est indemne.

Aucun des ongles des mains et des pieds n'est tout à fait normal. Ils sont tous plus ou moins striés transversalement ou longitudinalement, et plusieurs d'entre eux sont d'un aspect terne et portent des dépressions ponctiformes. Les ongles des pieds sont soulevés sur leurs bords externes par des masses cornées assez considérables. Il n'y a perte d'aucun ongle.

A l'Hôpital Rudolph Bergh, nous avons refait plusieurs des examens, déjà pratiqués au service médical de Bispebjerg. L'épreuve de Bordet-Wassermann et celle de Kahn se sont montrées, ainsi que les réactions précédentes, négatives. La gono-réaction a donné aussi un résultat purement négatif. L'examen des poumons, du cœur, du système nerveux et des urines n'a rien décelé d'anormal.

En outre, nous avons fait des recherches répétées (6) du gonocoque, soit dans la sécrétion uréthrale, soit dans celle de l'utérus. Toutes ces recherches ont donné un résultat négatif, ainsi que l'examen au spéculum et l'exploration vaginale (sécrétion utérine sans pus, pas d'excoriation du col, aucun signe ni de salpingite, ni de paramétrite).

Biopsie : examen d'un petit élément kératosique de la peau de l'abdomen.

Au-dessous du cône corné, détaché par la préparation, on note un léger degré de parakératose, mais pas d'abcès miliaires. Dans le *stratum germinativum*, des mitoses en grand nombre et une vacuolisation considérable. Dans le chorion, quelques cellules mononucléaires éparses, sans groupement. Par endroits, les papilles sont allongées, et l'œdème, visible dans tout le corps papillaire, prédomine particulièrement là. Pas d'altérations des vaisseaux (Dr A. Kristjansen).

Aussitôt entrée dans le service dermatologique, la malade a instamment demandé d'être débarrassée de ses lésions cutanées à l'aide de pommades, de bains, etc., mais désireux d'étudier de plus près la marche ultérieure de l'affection toujours en pleine évolution, nous avons rejeté toute sorte de traitement local, et nous nous sommes contentés de prescrire un régime interne par des vitamines. Par quelle raison avons-nous choisi ce traitement ? Premièrement, il faut l'avouer, pour donner à la malade l'impression d'une certaine activité thérapeutique, et puis parce que nous venions de constater, dans un cas de pellagre, une guérison presque miraculeuse d'une dermatose hyperkératosique de la figure et des mains par l'administration de vitamines, essentiellement de vitamine B^{II}.

C'est le 12 décembre que nous avons inauguré nos essais thérapeutiques par la prescription d'une préparation danoise nommée Décamine (en dragées) : extrait d'huile de foie de flétan (*Hippoglossus vulgaris*) contenant les vitamines A et D. En outre, nous avons donné de la levurine (vitamine B), deux cuillerées par jour avec de la crème d'avoine.

Quant aux vitamines C, nous avons prescrit trois oranges et un citron par jour. Aucune diète, mais la nourriture ordinaire, à laquelle nous avons ajouté un supplément copieux de pain de seigle. Pendant 5 jours, la malade a remplacé ce traitement par un médicament espagnol, Natéine (deux tablettes deux fois par jour). Cette préparation, recommandée spécialement dans la pellagre, contient (selon l'indication de la pharmacie Llopis à Madrid) toutes les vitamines de A à D, mais l'impossibilité de trouver plus de 20 tablettes à Copenhague, nous a interdit l'emploi ultérieur de cette préparation.

Le 16 décembre : Les éléments de l'affection cutanée, en progression continuelle jusqu'à la prescription des préparations de vitamines, se sont aplatis, principalement aux bras. Aucun nouvel élément.



Fig. 6. — 11 décembre 1933.

Le 18 décembre : Tous les éléments se présentent plus pâles et moins infiltrés.

Le 21 décembre : Les kératoses sont tombées spontanément partout, les draps en ont été remplis au cours des deux derniers jours. Aucun suintement des surfaces sous-jacentes qui présentent un aspect de peau normale, un peu pigmentée. Pas de surfaces végétantes ni ulcéreuses. Les petits éléments les plus récents sur le tronc et sur les extrémités ont perdu leur couleur rouge vif. Les articulations (principalement l'articulation métacarpo-phalangienne) sont moins douloureuses. La tuméfaction des deux bourses suprapatellaires est moins accentuée. Pour enlever les squames du cuir chevelu, nous permettons l'emploi de la vaseline (*c'est le seul traitement local dont nous avons fait usage* !) ; après ce nettoyage, la peau du cuir chevelu se présente tout à fait lisse.

Le 28 décembre : L'affection a disparu sur la poitrine et sur l'abdomen. Autour de la place antérieurement occupée par les grands éléments

des extrémités, on voit encore une collerette squameuse. L'abaissement de la température vespérale a commencé le 15 décembre. Depuis le 28 décembre, la température du matin s'est fixée à 37°.

Le 4 janvier 1934 : Les chocs rotuliens ne sont plus perceptibles, et la pression des parties osseuses ne provoque aucune douleur, mais l'extension extrême des genoux ne se laisse pas effectuer. A cette époque, nous prescrivons des mouvements passifs des genoux.

Le 8 janvier : Il ne reste qu'un léger état squameux du cuir chevelu.

Le 9 janvier : Circonférence des deux genoux, 37 centimètres.

Le 11 janvier : Abstraction faite de quelques taches pigmentées où étaient situées les kératoses, la peau se présente maintenant comme normale.

Le 25 janvier : Extension à peu près normale des genoux. Réaction de sédimentation des globules rouges 14 millimètres (1 h.).

Le 8 février : La malade a commencé à marcher à l'aide d'une canne.

Le 22 février : La malade quitte l'Hôpital.

Examen supplémentaire (Dr Moltke) le 4 mai 1934. Poids de 74 kg. 5. Réaction de sédimentation 3 millimètres (1 h.). Repas d'Ewald : présence de HCl. La peau est complètement lisse et normale, on voit sur les deux coudes seulement deux taches légèrement pigmentées. La peau des aisselles est aussi normale, ainsi que celle des deux plantes. Il reste encore un peu de tuméfaction du genou gauche et de l'articulation métacarpo-phalangienne droite, mais la mobilisation active et passive se laisse pratiquer ; seuls des mouvements extrêmes provoquent encore de la douleur. Les doigts de la main droite se laissent plier jusqu'à un centimètre de la paume. La force musculaire est satisfaisante partout.

Examen radiologique le 4 mai. Genoux : les condyles se présentent un peu voilés à leur face interne (ostéophytes ?). L'interligne articulaire interne du genou gauche est amoindri. On remarque encore une légère augmentation du liquide des bourses suprapatellaires. Décalcification peu marquée des épiphyses. La radiographie des mains ne décèle pas avec certitude d'altérations osseuses, abstraction faite d'une légère décalcification. Diagnostic radiologique : ostéo-arthrite peu marquée des deux genoux.

Il s'agit donc d'une femme qui n'a jamais, pendant toute son existence antérieure, eu aucun symptôme ni d'arthropathie ni d'affection cutanée. Ses parents aussi en ont été épargnés. Sa maladie actuelle a commencé à l'âge de 49 ans par une tuméfaction douloureuse de diverses articulations (artic. métacarpo-phalangienne III droite, genoux), et presqu'en même temps ont apparu les premières efflorescences cutanées, principalement aux extrémités atteintes d'arthropathies (pieds, mains, avant-bras, jambes). L'éclosion et l'évo-

lution de la maladie s'accompagnaient d'une fièvre légère (38°-38°5) et d'un malaise général (perte de poids, état nerveux). Au cours des mois suivants l'affection cutanée s'est généralisée, et en même temps les éléments apparus les premiers aux extrémités se sont modifiés par hyperkératose, soit en vraies cornes cornées (éléments ostréacés ou rupioïdes), soit en kératoses plates, jaunes (plantes, paume droite). Parallèlement à la progression de la dermatose, les arthropathies se sont aggravées pour réaliser finalement un complet état d'infirmité de la malade.

Pendant le temps où nous avons eu l'occasion d'observer la malade, son affection cutanée a eu l'aspect d'un psoriasis. Les éléments, observés par nous, se présentaient dès leur début comme des petites papules rouges et sèches qui se couvraient vite de squames nacrées. Pour un psoriasis plaidaient également la localisation, la membrane de Bulkley avec saignement ponctiforme, les altérations des ongles, surtout les dépressions ponctiformes et les lésions provoquées par irritation locale (réaction de Pirquet). La biopsie d'un petit élément kératosique n'y fut pas contradictoire. Evidemment il s'agissait, selon notre première impression — qui était aussi celle de notre ami et confrère Kissmeyer — d'un psoriasis hyperkératosique et arthropathique.

En comparant les deux observations — celle de M. Gadrat et la nôtre — il est impossible de nier que la nôtre se présente comme calquée sur le cas de la Clinique toulousaine. La blennorragie fait aussi défaut dans notre cas comme facteur étiologique. Ni la malade, ni son mari n'avaient jamais fait d'infection de cette sorte. La gonoréaction a été complètement négative à deux reprises, l'examen microscopique n'a pas décelé le gonocoque ni dans l'urèthre, ni dans la sécrétion utérine, et l'exploration vaginale n'a mis au jour aucun signe de salpingite ou de paramétrite actuelle ou antérieure.

Dans notre cas la dépendance d'une maladie par carence nous paraît évidente. Au moment où nous avons institué notre traitement interne, l'affection cutanée était en pleine évolution — nous avons constaté, de jour en jour sous nos yeux, l'apparition de nouveaux éléments et l'extension des éléments déjà existants — mais après un traitement de 4-10 jours, le processus morbide s'est modifié complètement : aucun élément cutané nouveau ne s'est produit, avec l'aplatissement des anciens éléments leur couleur inflammatoire a

disparu peu à peu, les squames se sont détachées, et même les kératomes gigantesques sont tombés spontanément laissant la peau sous-jacente normale, sèche, sans suintement. Et ces modifications se sont établies sans aucun pansement des lésions cutanées ni aucun autre traitement local quelconque (abstraction faite du cuir chevelu où nous avons permis l'enlèvement des squames par de la vaseline). En même temps nous avons noté une amélioration considérable des arthropathies (diminution de l'hydarthrose, fonctionnement presque normal au bout de 4 à 6 semaines) et de l'état général (température normale, abaissement de la réaction de sédimentation des globules rouges de 84 millimètres à 14 et à 3 millimètres (1 h.), augmentation du poids de 62 à 74 kilogrammes (+ 12 kg. 5)).

Ayant institué un traitement par toute la série des vitamines de A jusqu'à D — ce que nous regrettons maintenant — il nous reste impossible d'indiquer au manque de quelle sorte de vitamine il faut attribuer les altérations morbides dans notre cas. Ordinairement, dans les cas de dermatoses par avitaminoses, il s'agit de malades qui ont exagéré, pendant longtemps, un régime diététique prescrit par exemple pour côlite. Cette sorte de malades, nerveux et hypochondriaques, exagèrent facilement la sévérité du régime prescrit pour leur mal intestinal. Dans le cas de pellagre mentionné plus haut, il s'agissait ainsi d'un malade qui avait, pendant des années, converti, peu à peu, le régime prescrit pour sa côlite en une sorte de quasi-inanition allant finalement jusqu'au refus complet de nourriture.

Quant à la malade en question, il faut principalement penser à un état morbide par privation d'une substance soluble dans les graisses (avitaminose A ou D ?) à cause de la longue privation de beurre et d'autres sortes de graisse, mais il est bien possible aussi que d'autres facteurs aient fait défaut dans la nourriture monotone et insuffisante de la malade. Toute cette question des vitamines en rapport avec des dermatoses, principalement hyperkératosiques, avec ou sans arthropathies, et de l'influence, soit directe, soit par l'intermédiaire des glandes endocrines, des avitaminoses diverses mérite d'être étudiée de plus près, sans que nous pensions donc prétendre que ces affections, d'étiologie probablement très complexe seront influencées généralement par l'administration de vitamines. Dans un cas d'hyperkératose blennorragique avec poly-

arthrite, ce traitement a échoué complètement. Nous avons aussi administré des vitamines comme traitement unique chez quelques psoriasiques (inspirés par l'aspect psoriasiforme de notre cas), mais les malades, au courant de l'effet des traitements locaux, ont bientôt exigé d'être « blanchis » par des méthodes autrefois éprouvées. Il nous semble toutefois que les efflorescences ont subi, au bout de 5-7 jours, certaines altérations (hyperproduction de squames et desquamation considérable). Une autre question se pose, à savoir, s'il sera possible de prévenir les récidives par administration de vitamines aux époques où les poussées psoriasiques ont l'habitude d'apparaître.

SYPHILIS MALIGNE TOTALEMENT ANERGIQUE ET MORTELLE

Par J. GADRAT
(Travail de la Clinique de Dermatosyphiligraphie de Toulouse. Pr Ch. Audry).

Les anciens syphiligraphes étaient familiarisés avec la syphilis maligne ; il suffit de parcourir les vieux auteurs pour en retrouver d'innombrables exemples et ce sont de tels cas qui ont été la terreur des vieilles épidémies. Rare il y a un demi-siècle, très rare il y a 30 ans elle est devenue tout à fait exceptionnelle. Voici un cas qui répond, comme nous le verrons, à tous les termes de sa définition :

E..., Albert, 31 ans, est mégissier.

Son père, alcoolique, est mort à 58 ans ; il avait eu d'une première femme deux fils tous deux tués à la guerre. La mère, âgée de 54 ans, est bien portante ; elle a eu quatre grossesses : ses deux premiers enfants sont morts en bas âge ; la troisième est une fille de 28 ans en excellente santé.

Le malade n'accuse aucun antécédent pathologique. Il a fait son service militaire à Marseille et assure n'avoir jamais eu le moindre accident vénérien. Il ne boit pas et fume peu. Il s'est marié à 22 ans ; sa femme est saine et robuste ; elle n'a eu qu'une grossesse : l'enfant âgé de 5 ans se porte très bien.

Maladie actuelle. — Le début de l'affection remonte à juin 1929 : sur la face postéro-externe de la jambe gauche apparaissent 4 ou 5 élevures rouges, indolentes, de 7 à 8 millimètres de diamètre au maximum ; chacune se recouvre peu à peu d'une croûte épaisse, noirâtre, qui tombe au bout d'un mois, mettant à nu une ulcération à fond sanieux et purulent. Le malade consulte un premier médecin qui porte le diagnostic de lésion septique et prescrit un traitement approprié.

En septembre, les ulcérations ont presque entièrement cicatrisé, mais une nouvelle papule de grandes dimensions s'est développée dans la région poplitée gauche : l'élément, plus saillant que les précédents, s'accroît très vite en largeur ; une croûte noire, escarrotique, le recou-



Fig. 1.

vre bientôt ; elle persiste longtemps et finit par tomber. L'ulcération ainsi découverte, disposée en croissant, a 4 centimètres de large ; elle est circonscrite d'un épais bourrelet d'un rouge vineux.

En octobre, le malade vient à Toulouse consulter le Dr Laurentier qui porte le diagnostic de syphilis. L'examen sérologique reste douteux ; il est entièrement négatif chez la femme du malade. Le traitement spécifique est de suite institué (acétylarsan et Quinby associés). Sous son influence, l'ulcération poplitée se répare beaucoup plus vite que ne l'avaient fait les lésions précédentes.

A la fin de l'année, de nouveaux éléments, rupioïdes, naissent sur le thorax, l'abdomen, le bras gauche et le genou droit. Après avoir reçu 15 ampoules d'acétylarsan et 12 ampoules de Quinby, le malade est mis au mercure *per os* (cachets de Gambéol) pendant 20 jours, sans plus de résultat.

Au début de 1930, des papules géantes font leur apparition sur les membres inférieurs : le malade est immobilisé pour 3 mois. Pendant ce laps de temps, il reçoit à nouveau 12 ampoules de Quinby et absorbe en outre 3 grammes d'iodure de potassium par jour, par périodes de 15 jours séparées de 2 semaines de repos. L'année entière s'écoule sans amélioration appréciable : lorsque les ulcérations cicatrisent en un point, d'autres papules se développent ailleurs et finissent par s'ulcérer. En moyenne, le cycle évolutif dure 2 mois environ pour chaque élément. Le malade reçoit une autre série d'acétylarsan (14 ampoules), puis il prend 9 centigrammes de protoiodure de mercure par jour, 25 jours par mois : ce traitement est prolongé pendant 8 mois avec un mois de repos par trimestre.

En 1931, l'état du malade n'est guère modifié : toutes les parties du corps ont successivement été envahies sauf la face. L'éclosion d'éléments nouveaux est ininterrompue, de sorte qu'à toutes les périodes de l'année il existe des papules récentes (toujours de grandes dimensions : de 1 à 2 centimètres de diamètre) recouvertes d'un épiderme normal, des papules croûteuses et des ulcérations plus ou moins en cours de réparation.

En août 1931, le malade est examiné et soigné au Dispensaire d'Albi. La sérologie pratiquée à plusieurs reprises est toujours négative. Il est traité à deux reprises par le novarsénobenzol (5 grammes par série) et, malgré cela, la face est pour la première fois envahie. Le bismuth (2 cures), l'iodure de potassium, ne donnent pas de meilleur résultat.

Dans les premiers mois de 1932, le bivatol déclanche une légère stomatite. On revient à l'acétylarsan qui cette fois amène, et vite, une guérison presque totale qui se maintient 3 mois et permet au malade de reprendre ses occupations pendant 2 ou 3 semaines. Mais l'amélioration ne dure pas, des papules nouvelles apparaissent sur tout le corps, sur la face et poursuivent leur cycle évolutif habituel. Le malade reçoit dans l'année deux séries de novarsénobenzol de 6 grammes chacune, suivies de deux cures d'iodure de potassium.

Au début de 1933, un nouveau traitement par l'acétylarsan est suivi d'une légère amélioration : les escarres se détachent plus vite et l'épidermisation se fait mieux, mais le processus n'en continue pas moins son évolution. Le novarsénobenzol (2 séries de 6 grammes) reste toujours inefficace. En novembre, une volumineuse papule apparue sur le bord radial de la main gauche, prend rapidement une extension considérable sur les faces palmaire et dorsale ; elle s'escarrifie et l'ulcération qui en résulte, plus profonde que toutes les précédentes, est limitée par un épais bourrelet continu, saillant d'un centimètre.



Fig. 2.

Devant ces insuccès, le Dispensaire d'Albi adresse le malade à la Clinique (Pr Ch. Audry) où il est admis le 7 février 1934.

Examen à l'entrée :

Le malade est subfébrile : 37°8. Il exhale une odeur repoussante. Il est valide et peu amaigri (il n'a pas perdu plus de 5 kilogrammes depuis le début). Il accuse des douleurs permanentes au niveau de la main gauche.

I. Tégument. — Complètement nu, son aspect (fig. n° I), saisissant, évoque une pathologie moyenâgeuse, oubliée de nos jours. Lésions actives et cicatricielles parsèment le tégument en si grand nombre que les surfaces respectées sont rares et infimes.

1° *Lésions actives.* — Elles sont dans l'ensemble monomorphes et, mises à part quelques différences tenant à leur siège et à leurs dimensions, affectent le type de syphilides tuberculo-crustacées ou tuberculo-gangréneuses.

A) *Tête.* — Sur la face siègent 4 volumineuses syphilides : l'une occupe la partie moyenne du sillon mento-labial : circulaire, du diamètre d'une pièce de 2 francs, elle est surmontée d'une escarre noire, adhérente, de mêmes dimensions ; l'autre, située entre l'angle interne de l'œil droit et la racine du nez, polycyclique, est limitée par un bourrelet bien visible. La troisième, plus volumineuse, s'étend sur la partie externe de l'arcade sourcilière et la paupière supérieure droite ; elle est circonscrite d'une infiltration dure qui immobilise la paupière en occlusion presque totale ; la nécrose superficielle est ici moins avancée. La quatrième syphilide de la face est plus évoluée : l'escarre qui la recouvrait est en partie détachée, laissant une ulcération profonde d'un demi-centimètre, épidermisée sur les bords.

Le cuir chevelu est occupé, dans la région pariéto-occipitale gauche, par un vaste syphilome en nappe en partie sphacélé en surface et large comme la paume de la main. Une gomme sous-cutanée de la dimension d'une grosse noix, siège sur la partie droite de la nuque : à ce niveau, la peau est amincie et rouge. En outre, deux ou trois syphilides tuberculeuses sèches, de couleur jambon fumé, occupent la racine du cou.

B) *Thorax.* — Sur la face antérieure, on compte 16 lésions tuberculeuses ou tuberculo-ulcéreuses, certaines nettement crustacées, rupioïdes, d'autres gangréneuses comme sur la face. Circulaires ou ovalaires, leur diamètre varie de celui d'une pièce de 50 centimes à celui d'un écu de 5 francs.

Sur le dos, les syphilides sont plus nombreuses (une quarantaine en tout) ; elles sont groupées, contiguës dans la région sacrée au point de former un vaste placard de 10 centimètres de large, à contours circinés, tuberculo-nécrotique en certains points, ulcéreux ailleurs.

C) *Membres supérieurs.* — Sur le membre supérieur droit, il existe relativement peu de lésions : 5 ou 6 « rupia » au même stade que ceux de la paroi abdominale. Au niveau du 5e doigt, une syphilide infiltre toute la troisième phalange qui est entièrement gantée d'une épaisse croûte noirâtre ; à noter, en outre, sur l'annulaire la subluxation dorsale de la phalangine ; l'extrémité de l'index (face dorsale) est élargie par une production papulo-tuberculeuse, sans onyxis véritable. Les mouvements articulaires sont partout conservés.

A gauche, un amas de syphilides tuberculo-croûteuses couvre sur

la face dorsale du coude une surface circulaire de 6 à 7 centimètres de diamètre. Les lésions maxima siègent sur la main : un énorme syphilome mutilant a envahi circulairement le poignet puis la paume et le pouce ; il est limité sur le poignet par un bourrelet épais d'un



Fig 3.

centimètre, saillant de 2 centimètres et constitué par un véritable bracelet tuberculo-nécrotique ; vers la paume, la limite est faite au contraire d'un liseré atrophique cicatriciel. La partie centrale, au sein de laquelle le pouce ne peut être identifié, est faite d'un exubérant choufleur en partie sphacélé, suintant d'une sérosité nauséabonde. La face dorsale de la main est infiltrée d'un œdème dur et douloureux. Il existe

quelques syphilides escarrifiées sur les doigts ; ceux-ci, comme les poignets, sont difficilement mobilisables.

D) *Membres inférieurs.* — Les lésions évolutives sont ici plus rares. On relève une syphilide tuberculeuse sèche, cuivrée, sur la fesse gauche, 5 ou 6 éléments tuberculo-gangréneux sur chaque jambe, 2 de même type sur chaque cheville. Rien sur les orteils. Les mouvements sont tous conservés. *Il n'y a pas d'œdème.*

2° *Lésions cicatricielles.* — Elles sont beaucoup plus nombreuses que les syphilides en évolution : 250 parsèment le tégument. Ovalaires pour la plupart, de dimensions très variables (1 à 6 centimètres dans leur plus grande longueur), souples au toucher, mobiles sur les plans profonds, leur aspect est assez uniforme : limite circinée, hyperpigmentée, de couleur brun sale, légèrement hyperkératosique, tranchant net sur la partie centrale déprimée (2 à 3 millimètres de profondeur), couverte d'un épiderme atrophique blanchâtre ; lorsque l'élimination de l'escarre n'est pas trop ancienne, il persiste au centre une partie brunâtre squameuse ou croûtelleuse.

La situation topographique de ces lésions souligne leur caractère mutilant et leur confère quelques particularités : au niveau de la face, les multiples cicatrices qui occupent la joue droite, plus scléreuses qu'ailleurs, attirent vers le haut la lèvre supérieure et découvrent au repos l'incisive latérale ; du même côté, l'aile du nez en partie détruite porte une échancrure de 1 centimètre de profondeur. Sur la paupière gauche, la rétraction cicatricielle déforme la fente palpébrale et montre plus de sclérotique qu'à l'état normal. Sur le cuir chevelu et la barbe, les syphilides guéries ont laissé 4 ou 5 placards d'alopécie cicatricielle.

Enfin, sur le médius droit, la subluxation dorsale de la deuxième phalange semble le fait d'une sclérose rétractile intense sur la peau de l'articulation interphalangienne. Du reste, l'allure effilée de certains autres doigts est la conséquence d'une scléro-dactylie surtout marquée à droite.

Toutes les muqueuses sont indemnes comme il est de règle en pareil cas.

II. Viscères. — Il n'existe pas d'adénopathies appréciables.

Mis à part le pouce gauche, le squelette est cliniquement normal.

La rate n'est pas percutable.

Au point de vue digestif, la langue est humide et rose ; l'appétit est plutôt exagéré car le malade se lève la nuit pour manger ; pas de polydipsie. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée. Le foie affleure le rebord costal : sa matité un peu augmentée mesure 12 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Le cœur est normal. Pouls : 85. Tension artérielle : 14/8. Orthodiagramme normal.

L'auscultation des poumons, la radiographie ne décèlent rien de particulier.

Au point de vue neurologique, le psychisme est intégralement conservé, les réflexes sont normaux.

Diurèse : 1.700 centimètres cubes par 24 heures. Examen des urines (1) :

Réaction acide. Densité : 1.030.

Acidité apparente : 1 gr. 37 o/oo en HCl. Acidité ionique : 6,4.

Albumine : traces. Sucre : traces.

Urée : 11 gr. 11 o/oo. Azote de l'urée : 5 gr. 17 o/oo.

Ammoniaque : 1 gr. 15 o/oo. Azote de l'ammoniaque : o gr. 94 o/oo.

Rapport de Maillard : 18,04.

Chlorures : 16 gr. 6 o/oo. Phosphates : 1 gr. 95 o/oo.

Acide urique : o gr. 40 o/oo.

Indican : très fortement positif.

Urobiline, pigments et sels biliaires : néant.

Du côté des organes des sens : rien à signaler. Examen otologique négatif. Fond d'œil normal.

Radiographie de la main gauche (fig. n° III) : décalcification considérable des métacarpiens, du massif carpien et de l'extrémité radiale. Abrasion totale de la première phalange du pouce et de l'extrémité de la deuxième.

III. Examens de laboratoire. — Les réactions de Bordet-Wassermann, de Müller, de Kahn, de Meinicke et de Vernes sont entièrement négatives.

Séro-réaction blennorragique : négative.

Réaction de Vernes à la résorcine : négative.

Intradermo-réaction à la tuberculine : négative.

Intradermo-réaction à l'hémostyl (épreuve de Dujardin-Decamps) : totalement négative.

Examen hématologique :

Hémoglobine : 80 o/o.

Globules rouges : 4.030.000.

Globules blancs : 6.960.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	64
Polynucléaires éosinophiles	1,5
Polynucléaires basophiles	0,5
Grands mononucléaires	9
Moyens mononucléaires	14
Lymphocytes	10

Liquide céphalo-rachidien :

Cytose : 0,4 par millimètre cube.

Albumine : o gr. 31 o/oo. Sérine : o gr. 18. Globuline : o gr. 13.

(1) Tous les examens chimiques ont été pratiqués par le Laboratoire de Chimie dirigé à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Valdiguié.

Réaction de Bordet-Wassermann : *positive.*
Benjoin colloïdal : fortement positif : 2.2.2.2.2.0.
Urée sanguine : 0 gr. 27 0/00. Cholestérinémie : 1 gr. 20 0/00.
Albumines totales du sérum : 50 gr. 27 0/0.
Sérine : 17 gr. 75 0/0.
Globuline : 32 gr. 52 0/0.
Quotient albumineux : 0,54 (normale : 1,50) (1).
Glycémie : 2 gr. 21 0/00.

Ce taux élevé de glycémie, le chiffre du Maillard déjà constaté conduisent à pratiquer une exploration fonctionnelle du foie :

I. Urée au xanthydrol..............	0 gr. 26 0/00
Azote total non protéique.........	0 gr. 21 0/00
Azote de l'urée..................	0 gr. 12 0/00
Azote résiduel...................	0 gr. 09 (normal)
Rapport azotémique..............	56 gr. (normal)

II. Épreuve au galactose (Dr Laboucarié) : normale.

I : 100 centimètres cubes...........	4,5 0/00
II : 80 »	4,4 0/00
III : 90 »	2,15 0/00

Évolution. — Le malade est mis au novarsénobenzol (0 gr. 60 par semaine) et à l'iodure de potassium (6 grammes par jour pendant 15 jours) ; il est longuement baigné tous les soirs ; la main gauche est pansée avec des compresses imbibées de permanganate de potasse.

L'affection continue à évoluer ; la fièvre au bout d'une semaine dépasse 38° tous les soirs. On assiste à l'éclosion de nouvelles syphilides dont le cycle évolutif est extraordinairement rapide : elles débutent par une élevure papuleuse rouge de 3 à 4 millimètres de diamètre ; en 7 à 8 jours, la papule s'élargit, devient plus saillante et s'infiltre en profondeur, donnant lieu à un véritable petit tubercule de la dimension d'une petite bille ; la surface de l'élément, d'abord rouge, puis cuivrée, devient brune ; l'épiderme se soulève, décollé par une sécrétion trouble dans laquelle *on ne décèle pas de spirochètes,* il se craquelle sur les bords, un sillon se creuse qui fait bientôt le tour de la tumeur et on voit ainsi se limiter au bout d'une dizaine de jours une escarre noire qui mettra ensuite des semaines à se détacher. Le syphilome du cuir chevelu s'étend progressivement, cependant que la partie sphacélée se limite. Le malade répand autour de lui une odeur de plus en plus nauséabonde qui rend indispensable son isolement.

Le 28 février, l'examen des urines montre la présence nette d'urobiline ; l'albuminurie est devenue dosable et *atteint* 0 gr. 15 par litre ; le rapport de Maillard est de 15. A partir du 2 mars, le malade est mis à 20 unités d'insuline par jour ; ce traitement paraît exercer une

(1) Cette inversion du quotient albumineux serait très fréquente dans la lèpre.

influence heureuse sur les syphilides gangréneuses et en particulier sur l'état de la main gauche. Le 13 mars, la glycémie étant tombée à 0 gr. 97, on cesse l'insuline.

Le 20 mars, après 15 jours de repos, la *leucocyto-réaction* pratiquée selon la technique de Gouin et Bienvenüe est fortement positive : numération de départ : 10.975. Deux heures après : 16.375. Hyperleucocytose : 5.400.

A partir du 21 mars, on arrête le néosalvarsan. Le malade est remis au bivatol et absorbe en outre par jour un demi-litre de tisane de Zitmann.

La fièvre s'élève progressivement jusqu'à 39° et l'état général périclite. L'appétit jusque-là bien conservé diminue ; la diarrhée apparaît. On cesse la tisane de Zitmann le 14 avril. De nouvelles syphilides font incessamment leur apparition et, malgré les soins quotidiens, les lambeaux sphacélés qui se désagrègent du syphilome occipital sont *envahis par les vers.*

Le 27 avril, le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal. La tension artérielle est : 11/6. Une nouvelle hématimétrie donne : globules rouges : 4.123.000 ; globules blancs : 36.420. La formule leucocytaire montre une polynucléose neutrophile qui atteint 81 o/o. Tous les examens sérologiques (réaction de Bordet-Wassermann et floculations) sont à nouveau négatifs. L'urée sanguine est à 0 gr. 42 o/oo. Dans les urines, le taux d'albumine reste inchangé : 0 gr. 15 par litre, mais les chlorures tombent à 7 gr. 66 o/oo. L'urée urinaire est augmentée : 24 grammes o/oo (probablement par autophagie) et le Maillard s'est abaissé à 11,2. La diurèse, qui s'était toujours maintenue jusque-là entre 1 litre et demi et 2 litres par 24 heures, atteint à peine 1 litre.

L'œdème malléolaire apparaît entre le 5 et le 7 mai. Le cœur s'accélère et la tension artérielle s'abaisse à 10/5. Digitaline et huile camphrée restent sans effet. Le malade est de plus en plus prostré, sa température s'abaisse jusqu'à 38°, les œdèmes augmentent, les extrémités se refroidissent et le malade meurt cachectique le 12 mai à 6 heures du matin.

Nécropsie. — L'autopsie est pratiquée 8 heures après la mort.

Les poumons présentent seulement un léger état congestif des bases. Pas d'adénopathies médiastines appréciables.

Le cœur est petit. L'aorte est saine et souple.

Rien à signaler sur le tube digestif. Pas d'ascite.

Le foie est gros : il pèse 2 kg. 650 ; il est d'un jaune brunâtre uniforme, mou, gras sur la surface de section et pauvre en sang.

La rate, normale à la coupe, pèse 180 grammes.

Le pancréas ne présente rien de particulier : poids 75 grammes.

Les reins sont très augmentés de volume : rein droit : 265 grammes ; rein gauche : 325 grammes ; ils se décortiquent facilement ; à la coupe, la corticale est un peu pâle ; les pyramides paraissent au contraire congestionnées.

Les surrénales ne sont pas augmentées.

Au niveau de la région pariéto-occipitale, le syphilome superficiel a déterminé une usure de la table osseuse externe qui présente un aspect poreux très net.

Le cerveau et la moelle sont macroscopiquement sains ; il n'y a pas de lepto-méningite.

Sur tous les viscères, la recherche de la dégénérescence amyloïde par les procédés classiques à l'iode et au lugol s'est montrée négative.

Des fragments de tous les organes et de peau sont prélevés et fixés (Bouin, alcool-formol, Zenker).

Examens microscopiques

1° *Biopsie d'une syphilide récente de la dimension d'une pièce de 50 centimes.*

a) Au centre de la lésion, la couche superficielle qui occupe la place de l'épiderme entièrement disparu est faite d'une accumulation de substance fibrineuse parsemée de noyaux pycnotiques et de macrophages dégénérés ; l'épaisseur de cette couche fibrino-leucocytique représente 4 à 5 fois celle d'un épiderme normal. Les papilles dermiques sous-jacentes, à peine reconnaissables, sont aplaties. Le tissu conjonctif du derme est hyperplasié et infiltré d'une nappe cellulaire très dense qui pousse vers la profondeur de véritables coulées à disposition surtout péri-vasculaire.

L'infiltrat est polymorphe, mais la grande majorité de ses éléments est constituée par de volumineux macrophages d'origine vraisemblablement réticulée ; pourvus d'un gros noyau central uni ou bilobé, ils ont un protoplasme basophile renfermant parfois des granulations de pigments ferriques. Il existe aussi quelques polynucléaires, d'assez nombreux lymphocytes, mais pas de plasmazellen.

On note un léger degré d'artérite. Dans le derme superficiel, quelques veines sont thrombosées ; les capillaires présentent une hyperplasie franche de leur endothélium.

L'orcéine acide montre une diminution importante du réseau élastique dermique.

b) Sur les bords de la papule (fig. n° IV), une petite phlyctène susjacente, aux papilles dermiques complètement dénudées, amorce le décollement épidermique. Les macrophages de la profondeur apparaissent à la base de la phlyctène et essaiment dans la partie profonde de l'épiderme. A la surface de ce dernier, il existe une légère hyperkératose.

On ne constate pas de tréponème (méthode de Manouelian).

En résumé : papule dermo-épidermique croûteuse, nullement syphiloïde, avec ébauche de phlycténisation sur les bords.

2° *Syphilide tuberculo-gangréneuse prélevée* post mortem. — Il s'agit

d'une lésion manifestement plus âgée que la précédente. Elle est constituée aussi d'une partie superficielle fibrino-nécrobiotique reposant sur une infiltration cellulaire profonde, mais diffère de la syphilide précédente plus jeune en ce que :

a) Les limites du derme ont disparu ; la nappe cellulaire pousse des prolongements dans la zone superficielle nécrosée ; il n'y a plus trace de papilles.

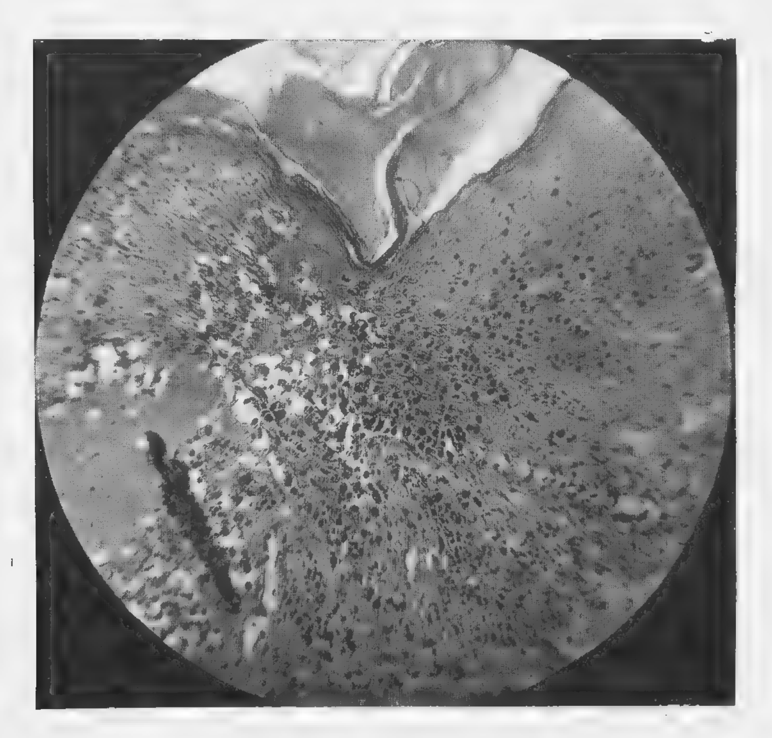


Fig. 4. — Le bord de la papule : phlycténisation ; infiltration macrophagique de l'épiderme.

b) L'infiltration cellulaire plus profonde, est aussi beaucoup plus abondante et forme une véritable tumeur. Bon nombre de macrophages présentent des signes de dégénérescence : colorabilité diminuée, pycnose, vacuolisation protoplasmique. Dans la partie profonde, de nombreux éléments sont en état de fonte huileuse ; la coalescence de plusieurs d'entre eux forme des vacuoles dont le contenu a été dissous par les réactifs.

c) L'importance des lésions vasculaires est ici frappante (fig. n° V) ; l'artérite en particulier est intense. Il existe de nombreuses thromboses

vasculaires avec organisation du caillot ; presque tous les capillaires sont atteints d'hyperplasie endothéliale ; beaucoup d'entre eux sont oblitérés.

d) La systématisation péri-vasculaire est très nettement accusée ; les macrophages incrustent littéralement l'adventice des artères ; il y a formation de véritables nodules gommeux.

Comme sur le fragment biopsié, on ne colore *pas de tréponèmes.*

En résumé : lésion tuberculo-nécrotique avec vascularite importante et ébauche de formations gommulaires. L'aspect syphiloïde est beaucoup plus accusé.

3° *Syphilide cicatricielle.* — Au centre, l'épiderme est réduit à 2 ou

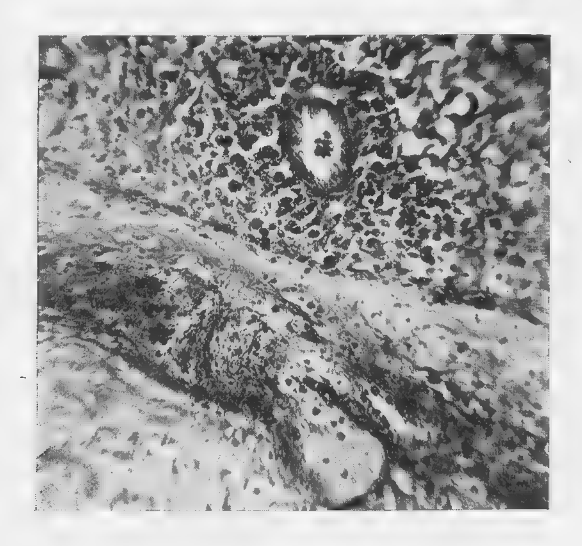


Fig. 5. — En haut, panartérite ; ébauche de formation gommulaire. En bas une veine thrombosée.

3 couches de cellules recouvertes d'une mince pellicule cornée. Les papilles dermiques n'existent plus. Le tissu conjonctif très augmenté forme d'épais trousseaux parsemés de quelques lymphocytes ; ceux-ci sont plus abondants dans la profondeur. Les fibres élastiques ont presque totalement disparu. Il n'y a pas de vascularite.

Sur les bords, les papilles du derme brusquement renaissent ; elles sont congestionnées, œdémateuses, parsemées de cellules conjonctives jeunes ; on note ici de l'artérite. Le tissu élastique réapparaît.

4° *Foie.* — Il existe une hépatite graisseuse totale, uniforme, à maximum centro-lobulaire. L'ordination cellulaire est complètement bouleversée. C'est autour des espaces de Kiernan, dont le tissu conjonctif

est augmenté qu'il persiste encore quelques îlots de cellules hépatiques reconnaissables. Quelques hématies parsèment ce tissu dégénéré. Pas d'altération vasculaire importante.

Le violet de Paris ne permet pas d'identifier d'amylose. En somme : stéatose hépatique généralisée.

5° *Reins.* — On constate une congestion vasculaire marquée avec œdème intertubulaire. La plupart des tubes sont dilatés ; leur lumière est encombrée de détritus cellulaires ; l'épithélium des tubes contournés est considérablement altéré ; en certains points, la cellule a presque totalement disparu et sa place est seulement marquée par un noyau en pycnose. Les anses vasculaires des glomérules sont dilatées et remplies de sérosité. *Pas d'amylose.*

Toutes ces lésions sont caractéristiques d'une néphrite glomérulo-épithéliale à caractère aigu.

6° *Rate.* — La rate n'est ni congestive, ni fibreuse. On note seulement une infiltration plasmocytaire et myéloïde de la pulpe. *Pas d'amylose.*

7° *Pancréas.* — Les acini glandulaires et les îlots endocrines sont bien conservés et normaux. Un ou deux points d'autolyse cellulaire.

8° *Poumons.* — Au niveau des bases on constate une importante alvéolite œdémateuse avec desquamation alvéolaire et présence de quelques histiocytes bourrés de pigment. La congestion vasculaire est assez accentuée. Il s'agit là, selon toute vraisemblance, de lésions préagoniques.

Sur tous les autres organes examinés : surrénales, myocarde, aorte, cerveau, bulbe et moelle, nous n'avons pas décelé de lésions histologiques.

Une telle observation n'eut pas été exceptionnelle au temps de Ulric de Hutten (Livre du Chevalier Allemand Ulric de Hutten sur la Maladie Française et sur les propriétés du bois de Gayac. Lyon, 1875), quand la grande épidémie des xve-xvie siècles se déchaîna sur une Europe vierge de syphilis et qui ne se défendait qu'avec le mercure. A notre époque on peut sans crainte d'exagération la considérer comme un fait d'une rareté extraordinaire : en 42 ans, sur plus de 25.000 syphilitiques M. le professeur Audry n'en a point rencontré d'autres exemples et si la littérature nous présente encore de loin en loin quelques cas de syphilis maligne anallergique (qu'il ne faut pas confondre avec la syphilis arabe, souvent mutilante : Lacapère, *La Syphilis Arabe*, Paris, Doin, 1923) nous aurions grand'peine à en découvrir d'aussi fatale. Et cependant, depuis Bazin on en trouve sans peine la description exacte dans les livres (Queyrat, Milian, Lesser-Jadassohn, Matzenauer).

Rappelons ses principaux caractères : le chancre (passé inaperçu dans notre observation) est en général ulcéreux ; il devient souvent phagédénique. Dans les délais habituels commencent les phénomènes éruptifs qui sont de 3 types : *syphilides pustulo-crustacées, tuberculo-ulcéreuses*, et *tuberculo-ulcérantes gangréneuses*. Dans ce dernier type, remarquablement décrit par Dubuc (*Thèse*, Paris, 1864, p. 53), l'élément se sphacèle et se recouvre d'escarres noires qui se détachent au bout d'un temps assez long.

Les muqueuses, en général respectées peuvent présenter des lésions ulcéreuses (Milian). Les adénopathies sont absentes (Lesser-Jadassohn) ou très modérées (Milian).

L'état général est mauvais : il existe constamment de la fièvre, intermittente ou rémittente ; l'anémie est de règle ; l'asthénie est extrême ; on observe fréquemment de l'œdème des membres inférieurs ; les urines sont diminuées, sans albumine ; le foie et la rate sont augmentés ; l'appareil digestif reste longtemps intact. Les lésions osseuses seraient fréquentes. Le système nerveux n'est en général pas touché (Queyrat).

A ces caractères cliniques anciennement connus sont venues s'ajouter des constatations de laboratoire capitales : *la sérologie se montre négative*. Pour certains (Queyrat) elle serait seulement retardée. Dans les cas favorables, la sérologie devient positive sous l'influence du traitement : c'est le phénomène dit de « réaction paradoxale » (Matzenauer, p. 275). L'intradermo-réaction à la luétine est en général positive ; sa négativité, jointe à celle de la sérologie est un indice de fâcheux pronostic (Matzenauer).

L'évolution enfin qui dure des années, la *polyrésistance aux médicaments* achèvent de donner au syndrome une physionomie telle qu'on ait pu douter de sa nature syphilitique (Queyrat. *Soc. Médic. Hôp. Paris*, 24 juillet 1908, p. 147).

Au point de vue histologique les lésions qui sont peu syphiloïdes peuvent d'après Milian se schématiser ainsi :

1° Infiltrat fait surtout d'une prolifération de cellules conjonctives à noyaux souvent étirés (teinocytes), sans plasmazellen, avec petits nodules gommiformes dans le derme profond ;

2° Phlycténisation des papules amenant la chute de l'épiderme et la mise à nu du derme ;

3° Absence d'endartérite ; pas de sclérose ; tendance à l'atrophie du conjonctif ; destruction fragmentaire du tissu élastique.

Au point de vue bactériologique on décèle très rarement des tréponèmes et toujours en très petit nombre. Milian a pu en découvrir dans les papules non ulcérées, jamais dans les lésions ulcéreuses.

On voit donc que notre observation se montre conforme aux descriptions classiques : *syphilides tuberculo-gangréneuses, fièvre, altération de l'état général, sérologie sanguine négative* au cours d'examens plusieurs fois répétés en 5 ans et *enfin échec total de toute thérapeutique* : notre malade a reçu en effet en 5 ans : 7 séries de novarsénobenzol, 6 d'acétylarsan, 4 de quinby, 2 de bivatol, 1 de cyanure de mercure, auxquelles il faut ajouter des doses considérables d'iodure de potassium et de mercure *per os* ; la tisane de Zitmann qui dans un cas analogue avait donné à Kolokoloff de bons résultats (*Roussky Vestnik Dermatologii*, t. VI, n° 7, septembre 1928, p. 720) demeura sans effet.

Quelques particularités méritent cependant d'être soulignées :

1° Relevons d'abord l'existence d'une sérologie positive dans le liquide céphalo-rachidien indemne par ailleurs de toute réaction cytologique ou chimique : la R. W. était positive et la réaction du benjoin colloïdal fortement positive, à type P. G. Cliniquement il n'existait aucun signe neurologique, le psychisme était intact et le microscope nous a révélé l'intégrité absolue des centres nerveux.

Il s'agit là par conséquent d'une *altération humorale pure* qui n'est pas mentionnée jusqu'ici dans la syphilis maligne précoce.

2° L'altération du foie était déjà connue au temps de Dubuc (observation VI, p. 114). Ici l'hépatomégalie était très modérée au début ; elle s'est surtout accentuée dans le dernier mois. Des éléments certains permettaient cependant de prévoir l'atteinte hépatique : urobilinurie et glycosurie intermittentes, hyperglycémie (qui ne paraît pas être pancréatique étant donnée l'intégrité histologique de cet organe), enfin chiffre constamment élevé du coefficient de Maillard. Ce rapport bien qu'inférieur au coefficient ammoniacal corrigé (C. A. C.) a eu dans ce cas une signification bien précise.

Au contraire le rapport azotémique, l'azote résiduel et l'épreuve au galactose semblaient indiquer un fonctionnement normal du foie. L'altération rénale concomitante est sans doute responsable de ces défaillances.

3° Au point de vue rénal, il est curieux de constater un contraste frappant entre l'importance des lésions anatomo-pathologiques et la pauvreté des signes cliniques. Une néphrite épithéliale considérable s'est traduite uniquement par une albuminurie légère (0 gr. 15 0/00) sans cylindrurie ni oligurie et avec une azotémie normale. C'est tout au plus deux semaines avant la fin que l'examen des urines a révélé une rétention des chlorures ; l'œdème enfin a été seulement préagonique.

L'étiologie de cette néphrite reste un point délicat. Néphrite syphilitique ? thérapeutique ? ou par toxi-infection à point de départ cutané ? Bien que l'absence d'azotémie soit un caractère anciennement reconnu à la néphrite syphilitique l'évolution clinique fait pencher pour la dernière hypothèse.

4° Nous avons obtenu des résultats inattendus dans l'épreuve dite « Leucocyto-réaction » (Gouin et Bienvenue. *Soc. de Dermat.*, 9 novembre 1933, p. 1491) qui s'est montrée positive malgré la décevante résistance à la thérapeutique. Sans doute les conditions de l'épreuve n'étaient peut-être pas parfaites puisque le malade était sans traitement depuis 15 jours seulement (au lieu de 3 semaines comme le réclament les auteurs). Le fait en soi n'est pas étonnant de la part d'une syphilis déjà si paradoxale dans ses réactions sérologiques.

5° L'histologie des syphilides nous a montré, comme il est classique, les lésions de prolifération réticulée, l'absence de plasmazellen et la phlycténisation des papules récentes. Mais nous n'avons pas retrouvé les teinocytes décrits par Milian et avons constaté de *considérables lésions vasculaires*.

6° Du point de vue bactériologique enfin, soit dans le suc des syphilides ulcéreuses, soit sur les coupes de la lésion extirpée pour biopsie ou sur les fragments prélevés *post mortem* nous n'avons jamais pu découvrir de tréponème. Ceci nous explique que la syphilis maligne paraisse *peu contagieuse* : notre malade en effet n'a pas contaminé sa femme.

Dans tous les domaines, on le voit, la syphilis maligne se montre anarchique. Il reste à se demander pourquoi ?

1° On a pu invoquer d'abord (Balzer) un *virus spécial* comme il avait été fait pour le tabès et la paralysie générale (Marie et Levaditi). Si l'hypothèse était exacte on ne voit pas pourquoi cette

variété de syphilis serait tellement exceptionnelle. D'ailleurs les recherches tant bactériologiques qu'expérimentales n'ont jusqu'ici rien montré qui confirme cette manière de voir et enfin, comme l'a déjà fait remarquer Gougerot (*Soc. Dermat.*, 22 janvier 1920, p. 41) la confrontation montre que ces syphilis sont contractées à des sources syphilitiques banales.

2° Certains ont parlé d'*associations microbiennes* (Tarnowsky) : staphylocoques, streptocoques, bacilles de Ducrey ont pu être incriminés. Chez notre malade, l'ensemencement de la sérosité des pustules sur milieux ordinaires et sur gélose Sabouraud ne nous a permis aucune conclusion. Sur une biopsie nous avons trouvé un très abondant bâtonnet, à extrémités arrondies que nous n'avons pas pu identifier. De toutes manières, rien n'autorise à penser que les germes qui peuvent être décelés au niveau des éléments cutanés aient un rôle certain dans le déterminisme du syndrome ; il est plus logique de les considérer comme des agents d'infection secondaire.

3° Le rôle capital semble revenir au *terrain* (1) et l'idée n'est pas nouvelle puisque Dubuc écrivait déjà en 1864 : « On est donc obligé comme le veut mon savant maître Bazin de rapporter la malignité de la syphilis dans la grande majorité des cas à ce je ne sais quoi d'inconnu et de tout individuel qui constitue la prédisposition interne » (p. 74). Aujourd'hui la majorité des auteurs se rangent à cette opinion.

Notre observation est une nouvelle démonstration de cette influence individuelle. Nous y trouvons toutes les caractéristiques d'une anergie originelle, totale, définitive et dont aucune médication n'a pu triompher : intradermo-réaction à la tuberculine négative, épreuve de Dujardin-Decamps négative, sérologie entièrement négative sauf dans le liquide céphalo-rachidien qui baignait un névraxe intact.

Notre malade, saturé d'antigène ne possédait pas la proportion d'anticorps suffisante pour conditionner cet état d'hypersensibilité tissulaire qui caractérise l'allergie : c'était un anergique ou mieux

(1) Consulter : Hanoune. L'allergie cutanée dans la syphilis. *Thèse Alger*, 1927. On trouvera là toute la bibliographie des travaux de Dujardin dont le dernier article a paru dans le *Bruxelles Médical*, 1934, p. 827. Voir aussi : Tiran : Etude de l'arséno-résistance. *Thèse Lyon*, 1932.

un anallergique (Gougerot. *Monde Médical,* 1[er] décembre 1927, p. 969) dont l'organisme était incapable d'utiliser les moyens chimiques mis à sa disposition.

Le laboratoire a révélé chez lui une diminution considérable des albumines sériques avec inversion complète de leur rapport : on ne peut pas mentionner cette altération capitale sans la rapprocher d'un état humoral si spécialement dépourvu de réaction.

On a fait intervenir le terrain pour expliquer la carence sérologique dans les syphilis secondaires avec manifestations cliniques (Clément Simon. *Bull. Médic.*, 1925, p. 732). Le même facteur paraît en cause dans les arséno-résistances lesquelles s'accompagnent souvent de sérologie négative (Gougerot, Fernet et Peyre. *Soc. Dermat.*, 12 février 1924, p. 294 ; Gougerot et Boudin. *Annales Maladies Vénériennes,* n° 5, mai 1934, p. 343). Il n'y a donc plus à rechercher dans une conception trop étroite de la chimiothérapie l'explication de certaines actions médicatrices.

Ce sont les aptitudes réactionnelles de chacun qui conditionnent le type d'infection syphilitique ; elles peuvent créer tous les intermédiaires entre la grande syphilis maligne type Bazin et les syphilis arséno-résistantes.

L'influence du terrain paraît donc éclatante ; nous n'avons aucun renseignement précis qui nous permette d'en tenter l'explication mais l'étude des autres grandes infections, de la Diphtérie à la Tuberculose nous en présente trop souvent d'aussi tristes exemples. L'avenir nous apprendra s'il faut chercher dans l'hérédité (le père de notre malade était alcoolique) dans les antécédents pathologiques ou dans le « hasard » l'origine de ce désarmement total de l'économie en présence d'une attaque virulente spécifique.

Références

Lesser-Jadassohn. — *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1927, t. II, p. 305.

Milian. — *Traité de la Syphilis* (Jeanselme), t. III, p 583.

Matzenauer. — *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten* (Jadassohn), 1928 t. XVII/3, p. 250. On trouvera là une très abondante bibliographie.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1934.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Transmission expérimentale de la syphilis à l'espèce bovine, par A. Béclère. *Annales de l'Institut Pasteur,* t. LIII, n° 1, juillet 1934, p. 23, 7 fig.

Par une série d'expériences dont il donne le protocole, B. a pu prouver, avec le critérium irréfutable de la présence des tréponèmes, que la syphilis du lapin et la syphilis humaine sont transmissibles expérimentalement à l'espèce bovine. Etudiant comparativement l'action du virus Truffi sur le chimpanzé et sur la génisse, il a constaté que la génisse s'est montrée plus sensible que le chimpanzé à la transmission de ce virus par scarification. H. Rabéau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le foie à l'état d'acide aminé considéré comme un moyen préventif des accidents de l'arsénobenzénothérapie. Réalisation d'un traitement massif simple et bien toléré de la syphilis, par Rebaudy. *Annales des Maladies Vénériennes,* 29e année, n° 7, juillet 1934, p. 481.

La méthode proposée par R. est fondée sur cette conception que les substances albuminoïdes de l'organisme une fois réduites au stade d'acide aminé, acquièrent un pouvoir désintoxicant particulier. Il rapporte plusieurs expériences démonstratives faites à l'aide d'albumine d'œuf et d'acide aminé, d'albumine d'œuf, d'autres faites avec la toxine diphtérique, la tuberculine, montrant le rôle désintoxicant de l'albumine à l'état d'acide aminé. Il a utilisé pour agir contre l'intolérance aux composés arsénobenzoliques le foie à l'état d'acide aminé. Il s'en sert pour dissoudre le novarsénobenzol, la quantité d'acide aminé étant en rapport avec la dose. La parfaite tolérance, dans ces conditions, de fortes doses d'arsénobenzol lui a permis d'instituer un traitement massif de néoarsénobenzol. Il a pu injecter sans le moindre ennui dans l'espace d'un mois 10 grammes de néoarsénobenzol. H. Rabeau.

Les formes mixtes de syphilis et de lymphogranulomatose inguinale, par De Gregorio. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 7, juillet 1934, p. 491.

Ces formes mixtes sont mieux connues maintenant. De Gregorio en apporte de nouvelles observations, et à propos de ces cas soigneusement étudiés il essaie de montrer comment se comportent l'allergie cutanée et l'évolution de la maladie dans ces cas, l'influence du traitement antisyphilitique sur la lymphogranulomatose inguinale et les réactions sérologiques positives dans cette maladie. La réaction de Frei a une grande spécificité et une remarquable valeur diagnostique. Positive dans une syphilis, elle représente d'ordinaire une infection mixte. S'il n'y a pas de symptômes cliniques de lymphogranulomatose, il peut s'agir d'une lymphogranulomatose ancienne ou d'une forme abortive. Néanmoins la syphilis en pleine imprégnation tréponémique peut annuler l'infection lymphogranulomateuse et anergiser l'organisme. Le traitement syphilitique peut être considéré comme inefficace dans la lymphogranulomatose. Quant aux réactions sérologiques qui, comme Ravaut et Rabeau l'ont montré, peuvent être passagèrement positives dans la lymphogranulomatose, elles seront d'interprétation facile, du fait de la discordance fréquente entre plusieurs d'entre elles, et de leur fugacité. H. Rabeau.

Adénites bénignes non suppurées dues à la maladie de Nicolas-Favre, par Gougerot, Boudin et Boulle. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 7, juillet 1934, p. 512.

L'existence de formes non suppurées signalées par P. Chevallier et J. Bernard est encore discutée. G. et ses collaborateurs, ont observé deux cas tout à fait superposables à ceux signalés par ces auteurs.

H. Rabeau.

Archives de l'Institut prophylactique (Paris).

Le contrôle du traitement de la syphilis, par A. Vernes. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. VI, n° 2, deuxième trimestre 1934, p. 127.

Dans cette leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, V. montre qu'à l'aide d'un appareil (photomètre) on peut reconnaître dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques « quelque chose qui se mesure ». En multipliant les examens, les mesures, on peut figurer la courbe de l'infection.

La réaction de Wassermann est une méthode indirecte de détermination de la floculation ; la photométrie en permet l'observation directe. V. a, en 1919, décrit le mode de préparation de son réactif le « péréthynol » dont il se sert depuis cette date, et détermine le degré à partir duquel une floculation est pathologique. Les courbes établies permettent de se rendre compte de l'évolution de la maladie et de l'action du traitement. V. insiste sur certains points particuliers : le danger des traitements discontinus qui doivent être rejetés ; l'inefficacité de certains médicaments

antisyphilitiques chez certains sujets, ce que seul le photomètre permet d'apprécier; le fait que certains médicaments déjà utilisés peuvent perdre leur efficacité. Il montre, en opposition, des tracés mettant en évidence l'heureux résultat de traitements successifs, mais de courte durée, faits avec le mercure, le bismuth et l'arsenic. La tryparsamide lui a donné d'excellents résultats dans les cas de syphilis méningée et de paralysie générale. La syphilis ainsi étroitement soumise au contrôle graphique, devient une maladie curable. Depuis 1912 les malades qui ont satisfait intégralement à la règle des huit mois ont été autorisés à se marier. Tout graphique parfaitement en règle pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien coupe court à la transmission héréditaire. H. Rabeau.

Le premier effet de la généralisation à Madagascar de la méthode syphilimétrique de Vernes, par Barbier. *Archives de l'Institut prophylactique,* t. VI, n° 2, deuxième trimestre 1934, p. 179.

Depuis l'introduction de la méthode syphilimétrique le taux de la syphilis tend à diminuer dans des proportions importantes. Empiriquement estimé à 75 o/o, il est tombé à 45 o/o, dans les Hauts Plateaux. Les malades qui, au début venaient au dispensaire mais n'y étaient pas retenus, suivent maintenant leurs traitements avec assiduité.

E. Rabeau.

Syphilis avec réaction méningée et pian chez les indigènes du Cameroun, par Le Scouezec. *Archives de l'Institut prophylactique,* t. VI, n° 2, 2e trimestre 1934, p. 186.

De septembre 1931 à décembre 1932, 3.045 ponctions lombaires ont été pratiquées chez des syphilitiques. 1.633 soit 53,63 o/o ont montré un liquide plus ou moins pathologique. Sur ce nombre 7,60 o/o ont montré un degré photométrique élevé, + hyperalbuminose, + hyperleucocytose ; 22,96 o/o, hyperalbuminose + hyperleucocytose ; 23,70 o/o, hyperleucocytose isolée ; 45,80 o/o, hyperalbuminose isolée.

74 noirs pianiques ont été ponctionnés, 2 fois seulement un degré photométrique pathologique, 9 fois une hyperleucocytose isolée, 11 fois une hyperalbuminose isolée. H. Babeau.

Sur la culture du spirochète pâle : son utilisation pour la séro-agglutination, par J. Schereschewsky. *Archives de l'Institut prophylactique,* t. VI, n° 2, 2e trimestre 1934, p. 191.

S. montre comment depuis 1909 il a réalisé la culture du tréponème pâle, et donne sa technique actuelle. Pour la séro-agglutination il dilue les cultures des tréponèmes dans une solution de phénol; les tréponèmes y conservent leur morphologie et ne présentent aucune agglutination spontanée même au bout de dix jours. Il prélève une goutte de cette dilution et la met en contact avec une goutte du sérum à examiner, dilué dans 9 parties d'eau physiologique; étuve à 37°, entre lame et lamelle, pendant 2 heures ; examen au microscope. Il y a agglutination s'il n'y a plus de tréponèmes libres. H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

La transmission expérimentale de la syphilis à l'espèce bovine, par A. Béclère. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 98e année, 3e série, t. CXII, n° 25, 3 juillet 1934, pp. 30-39.

Sur huit essais B. a pu voir se développer de petites lésions aux points inoculés et quatre fois le tréponème y a été trouvé, deux fois la souche inoculée était le virus Truffi, conservé par passage sur le lapin depuis 23 ans ; dans les autres expériences il s'agissait de virus syphilitique humain de provenance directe. A. Bocage.

Rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique chez le lapin. Contamination par syphilomes testiculaires et par ganglions syphilisés, par A. Bessemans et Fr. de Potter. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 98e année, 3e série, t. CXII, n° 27, pp. 132-135.

Ces expériences montrent surtout la prolongation de l'incubation de l'infection donnée par inoculation de ganglions syphilitiques, par rapport à ce qu'on obtient par inoculation de syphilomes testiculaires.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

La Rœntgenthérapie des furoncles de la lèvre supérieure, par Faure-Beaulieu, P. Gibert et I. Solomon. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 50e année, 3e série, n° 23, 9 juillet 1934, p. 1143.

La gravité des furoncles de la lèvre supérieure ressort particulièrement de la statistique de Monain qui donne comme taux de mortalité 14,8 o/o. Les auteurs ont traité par les rayons X 7 cas et obtenu 7 guérisons rapides. Les douleurs diminuent dans les heures qui succèdent à l'irradiation, la température descend à la normale le soir, l'œdème disparaît rapidement, la cicatrisation survient après une suppuration de courte durée. Technique : une dose de 200 à 300 R., rayonnement émis entre 120 à 200 kilovolts, filtré sur 0 mm. 5 de cuivre, est appliquée avec un localisateur de 6 × 8 centimètres ou de 12 × 12 sur la région intéressée. Une deuxième application en cas de régression insuffisante 3 à 6 jours après la première. H. Rabeau.

Erythème polymorphe au cours d'une pneumopathie aiguë à rechute. Streptococcie ou tuberculose? par Duvoir, L. Pollet et A. Picquart. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 50e année, 3e série, n° 25, 23 juillet 1934, p. 1240.

Malade de 21 ans, sans antécédents tuberculeux, qui, sept semaines après un accouchement en apparence normal, présenta une pneumopathie de la base droite avec nombreux streptocoques dans les crachats. Cette affection fut rapidement accompagnée d'un érythème polymorphe généralisé, érythémato-papuleux, vésiculeux et noueux. Quinze jours

après une défervescence lente et incomplète, reprise de la pneumopathie accompagnée d'une importante dilatation subaiguë du cœur et accentuation de l'éruption qui s'était atténuée. Les crachats sus-hémoptoïques, contenaient des streptocoques et pas de bacilles de Koch. Pourtant ils tuberculisèrent le cobaye. Des radiographies montrèrent des mouchetures des deux tiers inférieurs du poumon droit évoquant l'idée de tuberculose. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Sur le pouvoir anticomplémentaire du sérum humain, par C. Auguste. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXVI, n° 23, 14 mai 1934, pp. 770-772.

Un sérum vieilli est toujours fortement anticomplémentaire à moins qu'il n'ait subi un chauffage à 56° dans les jours qui suivent le prélèvement. L'auteur a aussi étudié au même point de vue les fractions du sérum séparées par précipitation par l'acide chlorhydrique.

A. Bocage.

Lactogélification du sérum dans la syphilis, par W. Kopaczewski. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXVI, n° 25, 7 juillet 1934, pp. 932 933.

Bien que le taux des globulines soit augmenté dans la syphilis il n'y a aucun rapport entre la lactogélification et les diverses réactions sérologiques (Wassermann, Vernes, etc.). A. Bocage.

Modifications des protéines du sérum dans la paralysie générale, par A. Prunell et J. Galmès. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXVI, n° 26, 15 mars 1934, pp. 1201-1202.

Modifications assez faibles, avec un peu plus souvent augmentation de la sérine. A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Les formes actuelles de la syphilis, par J. Margarot et L. Devèze. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CV, 13e cahier, 10 juillet 1934, art. 30.941.

D'une documentation puisée dans les travaux des dernières années et d'une enquête récente de l'Assemblée générale de la Médecine française, les auteurs ont dégagé les caractères de la syphilis actuellement observée. Si dans leurs grands traits, elle reproduit les manifestations observées à diverses époques, elle se marque par quelques particularités. Dans l'ensemble elle paraît moins grave. Les formes légères sont nombreuses. Elle n'en est pas moins redoutable par la possibilité d'accidents inattendus. Elle est une maladie à surprises. On peut affirmer qu'il existe des formes bénignes de la syphilis, on ne doit jamais admettre qu'une syphilis est bénigne. Il importe de la dépister non seulement dans ses phases d'activité mais dans ses périodes de latence. Aux méthodes

usuelles d'investigation il y a lieu d'ajouter pour le nourrisson la recherche des lésions osseuses par la radiographie et pour tous les malades la ponction lombaire contre laquelle existent encore des préventions injustifiées. H. Rabeau.

Contagion de la syphilis, par G. Milian. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CV, 13e cahier, 10 juillet 1934, art. 30.942.

Dans cette belle étude M. montre les conditions de contagiosité de la maladie suivant les périodes. Il met en lumière certaines notions : contagion possible avant l'apparition du chancre, contagion par le syphilitique apparemment sain, mais mal traité et avec Bordet-Wassermann positif, contagion par le sperme, infectiosité du lait des femmes syphilitiques, contagion par le sang (transfusion sanguine), contagion par l'injection de sérum sanguin (que M. met en doute). Il étudie ensuite la contagion occulte, les modes de contamination, la question des porteurs de germes. H. Rabeau.

L'acidité vaginale explique-t-elle la rareté du chancre du vagin, par E. Lortat Jacob. *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, t. CV, 13e cahier, 10 juillet 1934, art. 30 943.

La théorie de l'acidité des muqueuses, quoique partiellement vraie n'explique pas tout. En milieu acide le tréponème ne peut pas vivre ou vit mal ; et cependant les muqueuses de la région génitale étant acides, les accidents spécifiques peuvent donc apparaître et se développer en milieu acide : Touraine, Lortat-Jacob et Ribadeau Dumas envisagent l'hypothèse que seule la forme spiralée tréponémienne du virus syphilitique est détruite par l'acidité du milieu alors que d'autres formes de ce même virus résisteraient à l'acidité du milieu. H. Rabeau.

Données biologiques et expérimentales sur la syphilis, par R. Degos. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CV, 13e cahier, 10 juillet 1934, art. 30.944.

Bonne revue générale des recherches expérimentales récentes : généralisation précoce de l'infection syphilitique d'où danger du traitement préventif ; syphilis inapparente ; rôle de la quantité de virus, seuil de tolérance au-dessous duquel l'animal ne pourrait plus être infecté que d'une façon inapparente ; surinfection et réinfection ; allergie, protéino-pronostic et protéinothérapie de la syphilis. H. Rabeau.

Journal d'Urologie (Paris).

Une lésion dermatologique intra-urétrale, par H. Maringer. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, t. XXVIII, n° 1, juillet 1934, p. 35.

Le malade atteint de psoriasis discret, se plaignait de chatouillements insupportables, nocturnes surtout, de l'urètre. M. fait une urétroscopie et voit sur 3 centimètres à la région périnéale, une surface uniformément rouge, brillante avec quelques stries leucoplasiques nacrées. Sur le fond,

un piqueté et 6 papules roses, nettement circonscrites, semblant surélevées, dont 3 en bouquet, nettement ouvertes, à fond gris jaunâtre, à bords décollés. L'auteur discute le diagnostic, surtout celui de lichen urétral, et celui d'herpès auquel il semble se rattacher. H. Rabeau.

Marseille Médical.

Lichen aigu, par Paul Vigne et J. Casabianca. *Marseille-Médical*, 5 juin 1934.

Homme de 45 ans, présentant une éruption généralisée à tout le tégument, de petites papules très prurigineuses, d'un rouge vif, quelques-unes acuminées, brillantes. Dans le dos, elles se réunissent en un large placard infiltré, squameux, presque érythrodermique. Cette éruption de lichen aigü s'est développée très rapidement (en une quinzaine de jours), elle s'accompagne de lésions très nettes de lichen plan sur les muqueuses jugales. P. Vigne.

Urticaire pigmentaire, par Paul Vigne et J. Dusan. *Marseille Médical*, 5 juin 1934.

Femme de 28 ans, montrant sur tout le tégument, sauf la face, une éruption généralisée de taches érythémato-pigmentaires, brunâtres, se congestionnant et devenant fortement urticariennes après un grattage avec une pointe mousse. La formule leucocytaire est normale, l'interférométrie montre un dysfonctionnement thyroïdien et cortico-surrénal. Ce cas est particulièrement intéressant par l'abondance des lésions et leur apparition tardive (à 22 ans). P. Vigne.

Erythème induré de Bazin, type Hutchinson, par P. Vigne et J. Dusan. *Marseille Médical*, 5 juin 1934.

Cette lésion évolue chez une jeune fille de 21 ans, traitée et guérie, il y a 7 ans, par le Cyanure, d'une kératite interstitielle. Les auteurs pensent à une hybride syphilo-tuberculeuse, ou à un érythème induré d'origine spécifique héréditaire. P. Vigne.

Erythème induré de Bazin chez un jeune homme de 24 ans, par Haowthorn et Paul Vigne. *Marseille Médical*, 5 juin 1934.

Cas d'érythème induré de Bazin ulcéré, type Hutchinson évoluant depuis 2 ans chez un jeune homme de 24 ans, coexistant avec une sarcoïde de Bœck-Darier sur la cuisse. P. Vigne.

A propos d'un cas d'érythème livédoïde post-bismuthique, par Roger et A. Raybaud. *Marseille Médical*, 5 juin 1934.

Cas d'érythème livédoïde ayant succédé presque immédiatement à la dixième piqûre d'une série d'injections d'hydroxyde de bismuth. L'évolution se fit en deux temps : d'abord un gonflement de la fesse, puis ultérieurement une névrite du sciatique. En même temps se développait l'érythème livédoïde. Tous les éléments subirent une marche régressive, le gonflement fessier rétrocéda rapidement, l'érythème laissa à sa place

un lacis brun-violet permanent, et enfin la névrite sciatique, totale, ne laissait qu'un reliquat sensitif en bande dans le domaine du sciatique poplité externe. Les auteurs discutent de la pathogénie des accidents, et ne croient pas pouvoir conclure à une irruption de la suspension huileuse dans une lumière artérielle, ce qui expliquerait mal l'atteinte de territoires si différents, appartenant à des vaisseaux dont le trajet anatomique est fort éloigné. P. VIGNE.

Paralysie sciatique consécutive à une dermite livédoïde post-bismuthique, par ROGER, VIGNE et DUSAN. *Marseille Médical*, 5 juin 1934.

Chez un syphilitique ancien, déjà traité par le muthanol, on observe à la sixième piqûre d'une nouvelle série, une dermite livédoïde post-bismuthique caractéristique et des douleurs très intenses, irradiées le long de la face postérieure de la cuisse. Le livédo rétrocède rapidement, mais à sa suite s'installe une paralysie dans le domaine du sciatique. Actuellement : paralysie presque complète du sciatique poplité externe avec réaction de dégénérescence totale des muscles de la loge interne et dégénérescence partielle des muscles de la loge postérieure. P. VIGNE.

Paris Médical.

L'insuline facteur de cicatrisation, par Ph. BARRAL. *Paris Médical*, 24e année, n° 27, 7 juillet 1934, pp. 28-32.

L'auteur rappelle les avantages de l'insuline pour le traitement des plaies atones. Elle n'agit pas seulement chez les diabétiques et les hyperglycémiques, mais chez tous les sujets qui présentent une anomalie de la courbe d'hyperglycémie provoquée. Expérimentalement chez l'animal normal elle ne modifie en rien l'évolution des plaies chirurgicales.

On doit non seulement l'utiliser en applications locales mais aussi en injections sous-cutanées, 14 unités par jour, de préférence avec ingestion préalable de glucose. Cette méthode donne des résultats remarquables dans certains ulcères de jambe. L'auteur rapporte une observation où l'insuline n'a agi qu'associée au traitement antisyphilitique, qui employé seul avait été inefficace. A. BOCAGE.

Presse Médicale.

Les traitements par le choc en dermatologie, par A. SÉZARY. *Presse Médicale*, 42e année, n° 59, 25 juillet 1930, p. 1201.

Dans cette note de médecine pratique S. indique les principales méthodes de choc le plus souvent employées. On peut se servir de substances soit protéiques, soit non protéiques. Elles peuvent être utilisées par voie digestive, intraveineuse, sous-cutanée, intracutanée. Il faut savoir que les résultats sont d'abord inconstants, en second lieu assez souvent passagers. Mais le pourcentage des succès dus au choc thérapeutique s'élève notablement si l'on change souvent de méthode et conjugue les traitements. H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Sur les striations longitudinales des ongles et particulièrement sur la nature syphilitique des striations unguéales longitudinales en relief et interrompues, par L. C. Waintraub. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 10e année, n° 6, juin 1934, pp. 335-344, 5 fig.

Intéressant travail montrant que les striations longitudinales des ongles quand elles sont à la fois en relief et interrompues, ont une valeur analogue aux érosions ponctuées linéaires syphilitiques de Milian, et révèlent une syphilis acquise depuis de longues années. Quelques observations illustrent cette thèse. A. Bocage.

Sensibilisation locale épicutanée au-dessus de la réaction intradermale à la tuberculine. Contribution à la spécificité de la réaction tuberculinique, par H. Hruszek. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 10e année, n° 6, juin 1934, pp. 345-346, 1 fig.

Chez des sujets en apparence normaux et à qui on vient de faire des intradermo-réactions à la tuberculine et avec un antigène gonococcique, l'application de tuberculine pure détermine 13 fois sur 18 de l'eczématisation uniquement au niveau de l'intradermo-réaction à la tuberculine. Il y aurait peut-être là un moyen de distinguer entre elles des intradermo-réactions en apparence semblables bien que données par des antigènes différents. A. Bocage.

Erythrœdème myasthénique, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 10e année, n° 6, juin 1934, pp. 347-363, 4 fig.

Deux observations. La première, déjà publiée à la Société de Dermatologie est celle d'une femme de 43 ans dont la maladie débute par des plaques rouge brique ayant la consistance du myxœdème, irrégulièrement distribuées surtout sur la partie supérieure du corps, en même temps existe une asthénie analogue à celle de la maladie d'Addison, avec atrophie musculaire des régions scapulaires. Aucune modification des réflexes, ni des réactions électriques.

La seconde est celle d'une femme de 41 ans présentant sur le dos des mains et aux genoux des plaques rouges, sèches, analogues à l'érythrodermie du *pityriasis rubra* pilaire avec infiltration œdémateuse de la peau et par places une desquamation fine ; en outre, asthénie considérable. Le Bordet-Wassermann était positif et fut négativé par un traitement mercuriel sans résultat clinique. La mort survint au bout de 18 mois précédée de paralysie des nerfs crâniens. A. Bocage.

L'action de la quantité du milieu nutritif sur la croissance quantitative des champignons parasites des teignes, par H. Hruszek. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 7, juillet-août 1934, pp. 389-392, 3 fig.

Le volume de la culture croît comme celui du milieu nutritif.

A. Bocage.

L'influence des hormones sur la croissance de champignons parasites des teignes, par H. Hruszek. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, nº 7, juillet août 1934, pp. 393-397, 2 fig.

Le prolan et la folliculine ont une action empêchante sur l'Achorion, le premier étant plus actif que la seconde. A. Bocage.

Cultures des champignons parasites des teignes dans des tubes capillaires ou des tubes de verre de petit diamètre pour l'envoi des cultures, par H. Hruszek. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, nº 7, juillet-août 1934, pp. 398-402, 2 fig.

Le milieu de culture solide est introduit à chaud dans des tubes étroits (2 à 3 mm.) en laissant de l'air à chaque bout qui est luté au mastic ou scellé après ensemencement du milieu au fil de platine.

A. Bocage.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Tuberculose (tuberculide) noueuse hémorragique (Dermatite nodulaire nécrotique Werther ?) (Tuberculosis (Tuberkulid) nodosa hæmorrhagica), par F. Poór. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 459, 4 fig.

Observation d'un cas de tuberculides polymorphes hémorragiques chez une femme de 25 ans, avec examen histologique. Les lésions se présentèrent sous forme de papules nécrotiques de dimensions variables et de nodules du volume d'une noix, de teinte rouge-violet, hémorragiques et par places ulcérés. La recherche de bacilles de Koch dans le sang et dans les tissus fut négative, néanmoins l'auteur fait rentrer ces lésions dans le groupe de la tuberculose. Olga Eliascheff.

Lichen scléreux (atrophique) primitif (Lichen sclerosus (atrophicus) primitivus), par Tr. Kogoj. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 465, 2 fig.

Observation d'un cas de lichen scléreux primitif chez une femme de 29 ans. La lésion existait depuis six ans. Pas trace de lichen plan et l'auteur considère ces lésions comme la forme typique d'un lichen atrophique primitif. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'ulcus vulvæ acutum de Lipschütz (Zur Frage des Ulcus vulvæ acutum Lipschütz), par D. Assnin et G. Sutejew. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 470.

Observations de 7 cas d'*ulcus vulvæ acutum* de Lipschütz. Les auteurs concluent : 1° que la maladie peut se présenter sous une forme chronique, elle se distingue par la présence de foyers ulcéreux à disposition symétrique avec des bords durs et infiltrés ; ces ulcères résistent au traitement. L'histologie montre la présence de leucocytes basophiles nucléés, des plasmocytes, des cellules géantes et, par places, une prolifération de jeunes cellules épithéliales ; 2° les ulcères peuvent accompagner la fièvre

typhoïde, les exacerbations de la tuberculose pulmonaire, la grippe ; ils récidivent fréquemment ; 3° l'auto-inoculation reste négative, tandis que l'injection intradermique d'auto-vaccin donne un résultat positif et peut être utilisée pour le diagnostic ; mais cette injection provoque des ulcérations locales qui guérissent très lentement ; 4° la réaction de Bordet-Gengou avec l'autovaccin comme antigène est d'une certaine valeur pour le diagnostic ; 5° on a constaté dans tous les cas observés le *bacillus crassus* dans le pus des ulcérations et aussi dans la sécrétion vaginale et dans cette dernière même après la cicatrisation des ulcérations, il joue donc un rôle étiologique dans l'ulcère de la vulve. Il semble que ce saprophyte, assez fréquent dans la flore vaginale, joue le rôle d'une infection latente et cette dernière sous des influences encore inconnues (surtout dans les infections aiguës et sub-chroniques) se transforme en une maladie indépendante avec un aspect clinique spécial.

OLGA ELIASCHEFF.

Influence de la dermite expérimentale sur les fonctions des organes internes (Métabolisme des hydrates de carbone et des albumines, formule sanguine) (Der Einfluss der experimentellen Dermatitis auf den Funktionszustand innerer Organe) (Kohlenhydrat-und Eiweiss-Stoffwechsel, Blutbild), par Wilhem MILBRADT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 494, 4 fig.

Recherches expérimentales sur les troubles du métabolisme basal de cause périphérique dans les dermatoses. L'auteur a constaté dans les inflammations cutanées étendues produites par des agents chimiques et physiques des troubles caractéristiques du métabolisme des hydrates de carbone. L'effet de Staub-Trougoff très positif dans ces cas est considéré comme dû à une lésion du foie, organe le plus fortement atteint, la fonction des reins n'est troublée qu'avant la mort. Le taux de l'acide urique et des acides aminés est diminué.

On constate dans le sang une forte diminution des globules rouges, une polychronaxie, une granulation vitale, des formes jeunes, résultats d'une anémie secondaire. A un stade avancé il existe une forte leucocytose avec lymphopénie.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les expériences avec le contenu des vésicules de sujets atteints de tuberculose cutanée (Ueber Versuche mit Bläscheirenhalt von Hanttuberkulœsen), par Karl SIPOS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 507.

L'auteur a tenté de démontrer les états allergiques de la peau des tuberculeux. Il a obtenu par injection intradermique a des sujets atteints de tuberculose cutanée, du contenu des bulles de sujets atteints de mêmes lésions, une réaction inflammatoire qui a persisté un temps assez prolongé. Cette réaction est toujours négative chez les sujets non tuberculeux, et même l'expérience faite sur des sujets atteints de tuberculose interne est très rarement positive. Cette réaction a donc une valeur diagnostique dans le cas de tuberculose cutanée. Les résultats positifs

obtenus par l'auteur dans le lupus érythémateux sont en faveur de sa nature tuberculeuse. OLGA ELIASCHEFF.

Varicelles dans la lymphadénose leucémique (Varicellen bei leukæmischer Lymphadénose), par A. PHILADELPHY et L. HASLHOFER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 512, 1 fig.

Les auteurs ont constaté chez un homme âgé de 51 ans atteint d'une lymphadénose leucémique chronique une éruption bulleuse cutanée diagnostiquée varicelles nécrotiques. L'examen histologique confirma ce diagnostic. Il existe dans la bibliographie une seule publication relative à l'apparition de varicelles au cours d'une lymphadénose leucémique (Mrâcek-Paltauf). OLGA ELIASCHEFF.

La fluorescence des champignons in vitro (Die Pilzfluorescenz in vitro), par A. St. v. MALLINCKRODT-HAUPT et C. CARRIÉ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 519.

Les auteurs ont pu réaliser (pour la première fois) la fluorescence des champignons *in vitro*, fluorescence très importante pour le diagnostic. Ils ont utilisé un milieu riche en urée et sucre. Si on varie le pH du milieu la culture change de couleur et cela explique en partie les différences dans la description de ces champignons suivant les divers auteurs. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la bullose spontanée congénitale et de la formation de bulles spontanées dans l'épidermolyse bulleuse (Zur Frage der Bullosis spontanea congenita und der spontanen Blasenentstehung bei der Epidermolysis bullosa), par Hermann Werner SIEMENS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 527, 6 fig.

L'auteur décrit un second cas de *Bullosis spontanea congenita ;* dans ce cas il existait en même temps une syndactylie cutanée artificielle qui n'a encore jamais été décrite. A côté de ce cas S. a observé deux frères atteints de lésions bulleuses cutanées héréditaires produites par des traumatismes et accompagnées de fièvre. Le tableau clinique faisait penser à des poussées spontanées de bulles, mais les expériences faites démontrèrent que la fièvre était provoquée par l'infection des bulles et ces dernières ne se produisaient pas si on avait soin d'éliminer tout traumatisme. Il résulte de cette observation qu'il ne faut pas toujours admettre l'existence de bulles spontanées dans l'épidermolyse bulleuse héréditaire. OLGA ELIASCHEFF.

Contributions à l'étude de la maladie du lymphosarcome cutané (Beiträge zum Krauscheitsbild des Lymphosarcoma cutis), par Sebastian SZATHMARY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 539.

Observation d'un cas de lymphosarcome analogue, par la présence d'une tumeur médiastinale et par l'examen négatif du sang, a la forme décrite par Bettmann. Les lésions apparurent chez un jeune homme de 17 ans et montrèrent une tendance à une régression rapide, mais malgré

cette apparence bénigne, le processus se développa très rapidement et le malade succomba en très peu de temps. OLGA ELIASCHEFF.

La cellule de Langerhans (Die Langerhanssche Zelle), par RUDOLF BEZECNY. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 544, 7 fig.

Etude histologique de la cellule de Langerhans; l'auteur conclut : les cellules de Langerhans de l'épiderme malpighien sont des éléments autochtones, elles ne sont pas des mélanoblastes et n'ont aucune fonction spéciale. Les cellules de Langerhans ou les corpuscules de Langerhans ne sont que des formes de cellules épithéliales qui périssent lentement d'après la loi physiologique et c'est pourquoi elles se présentent sous un volume et une forme différentes, avec ou sans noyau, contenant parfois du pigment, mais le plus souvent sans pigment. Elles peuvent se rencontrer tantôt sous forme de cellules intactes, tantôt comme des fragments cellulaires difficilement reconnaissables dans les espaces intercellulaires.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un nouveau champignon du groupe endothrix : trichophyton floriforme n. sp. (Uerber einen neuen Pilz der Endothrix gruppe : Trichophyton floriforme n. sp), par K. BEINTEMA. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 577, 6 fig.

L'auteur a cultivé un nouveau champignon du groupe endothrix différent des espèces décrites. Les cultures sur milieu maltosé ont la forme d'une fleur et l'auteur propose la dénomination de Trichophyton floriforme. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les nævi systématisés et les dermatoses « næviformes » (Ueber systhematisierte Nævi und « nævusartige » Dermatosen), par R. LEWITH. *Archiv. für Dermathologie und Syphilis*, vol. CLXIX, cah. 4, 1934, p. 582, 1 fig.

Observation d'une dermatose inflammatoire systématisée chez un homme de 19 ans.

Observation d'un cas de dermite systématisée inflammatoire chez un homme de 19 ans travaillant dans la laque. L'éruption, un lichen plan typique, se développa cliniquement sur la cuisse gauche (pas d'examen histologique) et la région montra une hypersensibilité nette (attouchement et douleur). L'auteur considère les dermatoses inflammatoires systématisées comme une irritation isomorphe des dermatomes.

OLGA ELIASCHEFF.

Cas extraordinaire de porokératose de Mibelli systématisée chez un enfant (Forma minima). Unzewöhnlicher Fall von systematisiertir Parakeratosis Mibelli bei einem Kinde), par Emanuel FREUND (Trieste). *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 2, 5 fig.

Observation très détaillée et examen histologique d'un cas de porokératose de Mibelli chez un enfant de quatre ans. Les lésions systématisées se distinguaient par la petitesse de leurs dimensions et par la finesse des

éléments porokératosiques spécifiques. Les cônes cornés prenaient naissance dans les follicules ou dans les invaginations profondes de l'épiderme. Ce cas se distinguait cliniquement des autres par la régression spontanée des lésions et l'auteur propose pour cette forme la dénomination *Porokeratosis Mibelli forma minima.* OLGA ELIASCHEFF.

Recherches morphologiques sur un cas de porokératose de Mibelli avec proliférations cornées excessivement développées (Morphologische Untersuchungen eines Falles von Porokeratosis Mibelli mit aussergewöhuhch starken Horuwuckerungen), par Roberto CASAZZA. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 12, 7 fig.

L'auteur apporte l'observation et la description histologique d'un cas rare de porokératose de Mibelli. On constatait à côté de foyers typiques de nombreuses formes d'une hyperkératose excessivement développée allant jusqu'à la formation de cornes cutanées. L'étude histologique et histo-chimique de nombreuses biopsies a toujours montré les lésions classiques de la porokératose à la base de ces différentes formes.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur le mécanisme de la réaction anaphylactique-urticarienne (Recherches de Schultz-Dalesch avec les haptènes) Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktisch-urtikariellen Reaktion (Schultz-Dalesche Versuche mit Haptenen), par Werner JADASSOHN et Fritz SCHAAF. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 33, 1 fig.

Recherches expérimentales sur les sensibilisations anaphylactiques-urticariennes par application de corps ne contenant pas d'albumines, spécialement par des dialysats. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'étiologie varioleuse des soi-disant nodules des trayeurs (Ueber die Pockenactiologie der sog. Melkerknoten), par A. M. STARK, MM. TIESENHAUSEN, N. M. GOZANSKAJA, E. W. SKOZKY, D. S. SCHTSCHASTNY et W. et ZUK. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 38, 10 fig.

Travail sur l'étiologie varioleuse des soi-disant nodules des trayeurs. Les auteurs ont décrit en 1931 une épiozotie atteignant les moutons dans le Sud de l'Ukraine et non identifiable à la variole ovine ordinaire ni aux formes atypiques connues. Mais les recherches histologiques et expérimentales démontrèrent qu'il s'agissait d'une variole, c'est-à-dire d'une nouvelle forme atypique. L'existence dans cette forme de peu de symptômes cliniques, les lésions limitées souvent à un seul organe (la langue) font confondre cette maladie avec des stomatites toxiques ou avec d'autres maladies du mouton. La contagiosité souvent niée est démontrée par le nombre considérable de sujets qui se sont contaminés. Une révision de cette question et la mise en œuvre de mesures prophylactiques sont donc nécessaires. OLGA ELIASCHEFF.

Suite des communications sur l'étude des lésions cutanées allergiques dues au salvarsan (Weitere Beitrage zur Frage der allergischen Salvarsanhauterscheinungen), par Karl SCHREINER et Georg ENSBRUNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 61.

Les auteurs attirent l'attention sur la valeur des épreuves cutanées pour définir l'étiologie allergique des lésions de la peau dues au salvarsan. Ils ont pu démontrer dans 8 cas d'érythèmes généralisés précoces et dans 4 cas de dermites la nature allergique des lésions dues au salvarsan. Ils complètent les résultats des épreuves cutanées par la réaction de fixation du complément. Cette dernière, quoique non spécifique dans le sens immuno-biologique, est très sensible et démontre la présence de réactions antigènes-anticorps spécifiques. Les résultats positifs seuls sont pour la pratique d'une grande valeur. Il résulte des expériences que l'on peut chez des sujets atteints d'un érythème du 9e jour continuer le traitement sans dommage en les observant étroitement.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des substances présentes dans le sérum, le liquide céphalo-rachidien et dans le pus tuberculeux qui renforcent la réaction à la tuberculine (Ueber Tuberkulinreaktion verstärkende Substanzen im Serum, Liquor und tuberkulœsen Eiter, par H. HRUSZEK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 73.

Les expériences de l'auteur montrent qu'il existe dans le sérum et dans le pus de sujets sains et aussi de sujets tuberculeux une substance qui renforce la réaction à la tuberculine, cette substance est la « protuberculine » (la procutine de Tellner). On trouve cette protuberculine aussi dans le liquide céphalo-rachidien de sujets cliniquement sains. L'effet renforçant la réaction à la tuberculine est l'expression d'une sommation de la tuberculine et de la protuberculine. OLGA ELIASCHEFF.

La pseudo-maladie de Gilchrist (forme rare d'une pyodermite papillomateuse et verruqueuse (Pseudo Gilchrist'sche Kraukheit) (Seltene Form einer papillomatös-verrukœsen Pyodermie), par Willy PICK et Emil LŒWI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 80, 3 fig.

Description très détaillée d'un cas d'une pyodermite chronique papillomateuse et verruqueuse ressemblant cliniquement à une blastomycose américaine. Le malade âgé de 49 ans a été en observation pendant quatre ans, mais la maladie dura une quinzaine d'années. Examens anatomo-pathologique et bactériologique. OLGA ELIASCHEFF.

Sur une maladie cutanée de Chine produite par une espèce de « Malbranchea » (Ueber ein von einer Spezies der Malbranchea hervorgerufenes Hautleiden in China), par T. KAMBAYASHI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 97, 50 fig.

K. a cultivé en partant des squames une espèce très rare du Malbranchea chez un jeune Chinois (dans la région de Schanghaï à Navshon) atteint d'une lésion trichophytoïde occupant les régions temporale et narinaire. Cette espèce de champignon se rapproche sensiblement du

« Malbranchea, Bolognesi-Chiurcoi Vuillemin » ; sa nocivité est démontrée par l'expérimentation. L'auteur a pour la première fois trouvé cette espèce, très rare, dans l'Est de l'Asie, il la dénomme « Malbranchea Kambayashii ». OLGA ELIASCHEFF.

Cas mortel d'un lupus érythémateux à exacerbation aiguë (Tödlich verlaufener Tall von Erythematodes cum exacerbatione acuta), par A. FESSEER et KROPATSCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 107.

Observation d'un cas de lupus érythémateux chez une jeune fille de 21 ans traitée par des injections de Triphalinè (préparation aurique). La malade présenta après une dose de 0,001 une réaction très forte et succomba, à peu près 5 semaines après l'injection, à une lésion rénale. L'auteur conseille une grande prudence dans l'emploi de l'or dans les cas irritables du lupus érythémateux. OLGA ELIASCHEFF.

Recherches physio-pathologiques dans la poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi (Pathophysiologische Untersuchungen bei Poïkilodermia atrophicans vascularis (Jacobi)), par Alfred MARCHIONINI et Trieda BOCHNING. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 112, 9 fig.

Observation d'un cas de poïkilodermie atrophique de Jacobi chez un homme de 31 ans. A côté de symptômes cliniques typiques on constata une anomalie, c'est-à-dire l'absence presque totale des glandes sudoripares cutanées. Les recherches pratiquées montrent (après un bain de vapeur) la même température du corps et le même nombre de leucocytes que chez les sujets normaux. On obtint des réactions pathologiques à la mesure des albumines du sérum, de la réserve alcaline et des réactions complètement inverses à l'examen de l'acide lactique, de la cholestérine, du calcium et du potassium. Toutes ces manifestations sont l'expression d'un trouble du système nerveux végétatif.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur l'impétigo vulgaire et les maladies apparentées (Untersuchungen ueber Impetigo vulgaris und verwandte Erkrankungen), par H. J. TH. HIEMCKE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 1, 1934, p. 123, 4 fig.

Examens microscopique et batériologique des pyodermites rentrant dans le groupe de l'impétigo vulgaire. L'auteur conclut : 1° Les lésions cutanées décrites sous la dénomination « impétigo » peuvent être divisées en deux groupes streptococciques et staphylococciques différant aussi cliniquement ; 2° On trouve dans les lésions streptococciques toujours des streptocoques hémolytiques, souvent en culture pure ; 3° Même dans la forme streptococcique les lésions contiennent dans 9,2 o/o des cas des staphylocoques (*staphylococcus aureus* et *albus*) ; 4° On a trouvé dans la forme staphylococcique presque exclusivement un staphylocoque pathogène (6 fois ; une fois seulement un saprophyte) ; 5° L'impétigo du nou-

veau-né est une forme bulleuse de l'impétigo contagieux ; 6° On ne trouve pas sur la peau normale de streptocoques et dans un petit nombre de cas seulement des staphylocoques pathogènes ; 7° L'ensemencement sur les milieux sanguins est le meilleur procédé pour la recherche bactériologique dans l'impétigo. OLGA ELIASCHEFF.

Le problème du psoriasis à la lumière de recherches étiologiques et d'expériences cliniques et diététiques (Das Psoriasis-Problem im Lichte ætiologischer Forschungen und klinisch-diactetischer Erfahrungen), par GRUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 143, 4 fig.

L'auteur rapporte les bons résultats obtenus dans le psoriasis par un régime pauvre en graisses et une observation personnelle d'un sujet atteint de psoriasis et de diabète. L'examen histologique des lésions cutanées du sujet montra le passage de substances lipoïdiques des capillaires du corps papillaire dans l'épiderme (par les espaces intercellulaires) et une rétention de ces substances uniquement dans les squames des lésions psoriasiques. On pourrait donc admettre pour le psoriasis, comme pour les xanthomatoses, une forme spéciale d'une « Lipoïdose » consécutive à un trouble du métabolisme des graisses.

L'auteur a institué dans un grand nombre de cas de psoriasis un régime pauvre en graisses et a obtenu uniquement par ce régime de très bons résultats, c'est-à-dire la disparition complète des lésions. Mais le régime doit être suivi pendant plusieurs mois. La quantité de graisses permise à l'adulte est de 20 grammes, à l'enfant de 10 grammes par jour (y inclus la graisse utilisée pour la préparation des mets). Les aliments défendus sont : les potages gras, la charcuterie, la viande de porc, de mouton, l'oie, le canard. Les poissons gras : l'anguille, le hareng, le saumon, la carpe ; le jaune d'œuf. Toutes les graisses (lard, palmine, margarine, huile, crème, beurre, lait) tous les fromages excepté le fromage blanc.

Aliments permis : potages dégraissés, roast-bœuf, viande de bœuf cuite, viande de veau, lièvre, jambon maigre, poulet, pigeon, perdrix. Poissons : brochet, colin ; sucre, miel, confiture ; tous les fruits. Farine, riz, semoule, pommes de terre, macaronis. Tous les légumes mais préparés sans graisses. Pain, biscottes, pain grillé. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les substances immunisantes spécifiques dans l'organisme infecté par les bactéries encapsulés (bacilles du sclérome, de l'ozæna de Friedlænder). Ueber spezifische Schutzstoffe des mit Kapselbakterien (Sklerom-Ozæna-, Friedlænder-Bacillen) infizierten Organismus), par Eduard NEUBER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 154.

Les recherches sérologiques (fixation du complément et agglutination) démontrent et confirment les résultats anciennement obtenus par l'auteur que le bacille du rhinosclérome Frisch représente, parmi les bacilles encapsulés, un type spécial et qu'il est sûrement l'agent pathogène du rhinosclérome. La réaction de fixation du complément avec les anti-

gènes des bacilles d'Ozæna et Friedlænder ne fut positive qu'avec le sérum de lapins immunisés par ces bacilles, c'est-à-dire avec les sérums homologues, avec les sérums hétérologues elle a toujours été négative.

Olga Eliascheff.

Recherches comparées sur les réactions de fixation du complément et de floculation dans la blennorrhagie (Vergleichende Untersuchungen über Komplementbindungs- und Flockungsreaktionen bei Gonorrhœ), par Ernst Setrœpl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 162.

La réaction de conglobation de Müller est plus sensible dans la blennorrhagie que celle de Bordet-Gelgou, mais elle est moins spécifique et tout à fait inutilisable dans la syphilis séro-positive. La réaction d'éclaircissement de Meinicke dans la blennorrhagie est encore moins spécifique. L'auteur conseille de pratiquer en même temps les trois réactions ce qui permet de faire plus facilement le diagnostic de blennorragie.

Olga Eliascheff.

Acné bismutihque (Wismutacne), par Friedrich Raubtschek. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 173.

Description d'un cas d'éruption papulo-pustuleuse survenue chez un syphilitique après une injection de bismuth. L'injection intradermique d'une solution de Bismagenol dilué dans l'huile d'olive (1 : 50) provoqua des lésions papuleuses analogues. Ce tableau clinique est dénommé par l'auteur « acné bismuthique » par analogie avec l'acné iodique.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'hypersensibilité congénitale et acquise vis-à-vis du salvarsan (Ueber augeborene und erworbene Salvarsan ueber empfindlichkeit), par Robert Bernhardt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 176.

Recherches sur l'hypersensibilité vis-à-vis du salvarsan chez 86 malades dont un atteint de pemphigus, 3 de blennorragie et 82 de syphilis aux périodes secondaire et tertiaire. Parmi ces malades 57 n'ont jamais été traités par les arsénobenzènes, les autres, ainsi que le pemphigus ont été traités par les arsénobenzènes.

L'auteur a constaté parmi les 86 cas 10 fois une hypersensibilité vis-à-vis du salvarsan. Chez 3 malades non traités (1 blennorrhagie, 2 syphilis secondaire), il s'agissait très probablement d'une idiosyncrasie vis-à-vis du salvarsan. Cette hypersensibilité était acquise chez 7 malades. La possibilité de la transmission passive et la sensibilisation monovalente sont en faveur d'une hypersensibilité spécifique. La crise nitritoïde est sous certaines conditions le stade prodromique d'une hypersensibilité : dans le cas du pemphigus végétant (apporté par B.) la première crise nitritoïde fut déclenchée après la sixième injection intraveineuse et la seconde (plus forte) après la septième. 25 jours après apparut une hypersensibilité épicutanée, cutanée et intradermique. Les épreuves allergiques furent positives après 45 jours. On doit, d'après les obser-

vations de l'auteur, considérer la crise nitritoïde et l'exanthème érythémato-urticarien fugace comme une hypersensibilité spécifique vis-à-vis des arsénobenzènes. Ce point de vue a été déjà défendu par l'auteur en 1922 et il est d'avis que la « crise nitritoïde » est une contre-indication au traitement par le salvarsan. OLGA ELIASCHEFF.

Résultats positifs dans les essais de superinfection chez les paralytiques (Positive Ergebnisse bei Superinfektions versuchen an Paralytikern), par Francesco LISI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 181, 3 fig.

L'auteur apporte les résultats obtenus par ses expériences de superinfection chez les paralytiques. Il a inoculé à 17 paralytiques (par scarification à l'avant-bras) des tréponèmes provenant d'une ulcération du scrotum de lapin. Chez la majorité des malades on constata à peu près au 20e jour à l'endroit de l'inoculation un érythème superficiel, diffus et infiltré. Cette lésion augmenta de volume en 6 à 10 jours et se transforma en foyers de papules isolés. Les papules indolores, de teinte rosée, formaient tantôt des groupes, tantôt des grappes. Les papules regressèrent entre 30 et 70 jours en laissant une atrophie cicatricielle présentant dans plusieurs cas, une pigmentation à son bord. Il existait dans un seul cas une adénopathie et on ne trouva jamais de tréponèmes à l'examen direct, ni à l'examen histologique. L'examen anatomo-pathologique a montré un granulome dans le corps papillaire et dans les couches supérieure et moyenne du derme. L'infiltrat était composé de monocytes et de jeunes histiocytes, de fibroblastes, d'un grand nombre de lymphocytes, de rares cellules épithélioïdes et de plasmocytes. Dans les artères on constatait une hyperplasie de l'endothélium, dans les veines une endophlébite.

L'inoculation au lapin de papules des malades fut négative. L'auteur est d'avis qu'il s'agit d'une véritable superinfection démontrée par le temps d'incubation séparant l'inoculation de l'apparition des lésions, par leur caractère morphologique, leur développement lent et par l'aspect histologique.

L. apporte l'observation personnelle d'un sujet paralytique inoculé qui présenta 35 jours après des lésions chancriformes et après 60 jours une syphilis généralisée typique (passage de syphilis primaire au stade secondaire). OLGA ELIASCHEFF.

A propos de tuberculides atypiques, et contribution à l'étude de l'étiologie du granulome annulaire (Ueber atypische Tuberkulide, zugleich ein Beitrag zur Ætiologie des granuloma annulare), par Hermann PINKUS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 194, 5 fig.

L'auteur apporte les observations de plusieurs cas de tuberculides atypiques dont trois rentrent dans le groupe de la « Tuberculose indurée ». Le premier cas avait l'aspect clinique d'un *livedo racemosa* avec foyers ressemblant à l'érythème induré et lésions tout à fait atypiques et

douteuses. Deux de ces cas sont à l'appui de l'hypothèse de Jadassohn sur l'anergie spécifique.

Un cas concerne un *lupus pernio* à évolution tout à fait anormale et avec une histologie atypique.

P. discute le rapport du granulome annulaire avec les tuberculides. Il apporte les observations de 4 cas qu'il range dans le groupe des tuberculides à grosses papules groupées ou annulaires. Dans ce groupe rentrent des cas désignés par Jadasshon comme formes de passage entre le *lichen scrofulosorum* et les tuberculides papulo-nécrotiques et d'autres qui représentent plutôt une combinaison des dernières avec le granulome annulaire. Discussion sur la possibilité de différencier histologiquement les tuberculides papulo-nécrotiques du granulome annulaire. L'auteur est d'avis que la différenciation est souvent impossible.

Dans un cas P. a constaté à côté d'un granulome annulaire typique des foyers sous-cutanés. OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur la concentration de la sueur en ions hydrogène dans les maladies cutanées et son rapport avec la réserve alcaline du sang (Untersuchungen über die Wasserstoffionenkonzentration des Schweisses bei Hautkrankheiten u deren Beziehung zur Alkalireserve des Blutes), par Alfred MARCHIONINI et Pietro CERUTTI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 223.

Les auteurs ont recherché chez 81 malades entre 15-57 ans la concentration de la sueur en ions hydrogène et le rapport des maladies cutanées avec la réserve alcaline. Parmi les sujets examinés 34 étaient atteints de psoriasis, 1 de parapsoriasis, 5 d'une dermite toxique, 6 d'un eczéma exsudatif, 5 d'un eczéma chronique, 3 d'eczématoïde séborrheïque, 1 de maladie de Dühring et un d'ichtyose, 3 cas d'acné vulgaire, d'acné chéloïdienne, d'acné rosacée, 7 cas de lupus vulgaire, 3 cas de pellagre, d'hyperhidrose, de lichen plan, de *pityriasis versicolor*, de pityriasis rosé et 1 cas d'urticaire. Leurs conclusions sont les suivantes : 1° il n'existe pas de preuve démontrable d'un rapport entre la réserve alcaline du sang et la concentration en ions hydrogène de la sueur. On trouve des valeurs acides nettement prononcées dans le sang à côté de chiffres relativement élevés tantôt acides, tantôt alcalins de la sueur. 2° La sueur des sujets atteints de maladies cutanées est moins acide que celle de sujets sains, mais cette différence peut être expliquée, dans certains cas, par un mélange de sérum provenant des tissus cutanés malades. 3° Il n'est pas possible de constater des différences nettes entre les différentes dermatoses. 4° Il existe aussi chez des sujets atteints de dermatoses des différences dans la concentration en ions hydrogène de la sueur d'après les régions cutanées. 5° La sueur des glandes apocrines est ordinairement moins acide que celle des glandes eccrines. La sueur de la région frontale, qui contient des glandes eccrines, donne chez des sujets sains des réactions peu acides, très souvent neutres ou alcalines.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la forme érythrodermique de la maladie de Bœck (Zur Kenntnis der erythrodermischen Form der Baeckschen Krankheit), par Robert Bernhardt et J. Zalewski. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 226, 3 fig.

Observation d'un cas excessivement rare de sarcoïdes de Bœck disséminées sur tout le corps avec lésions des muqueuses nasale et buccale. Les infiltrats nodulaires formèrent des lésions en stries et en réseau et ces lésions se trouvèrent aussi sur le cuir chevelu, sur la face externe et la plante des pieds. Les lésions sont nettement symétriques avec prédominance sur la face d'extension des membres. On constata autour de plusieurs foyers une bordure violette ressemblant au lilac ring de la sclérodermie et une dilatation de nombreux vaisseaux sanguins au pourtour des nodules et sur leur surface. Ces lésions rappelaient l'aspect des angiolupoïdes. Il existait une adénopathie généralisée, formant par places des amas ganglionnaires, une éosinophilie sanguine (9 o/o) et une leucocytose moyenne. Les réactions à la tuberculine furent négatives. Cette forme de la maladie de Bœck a été dénommée par Schaumann « forme érythrodermique ». Les auteurs n'ont pas trouvé de relations pathogéniques entre cette maladie si généralisée et la tuberculose. Olga Eliascheff.

Influence de la dermatite expérimentale sur les fonctions des organes internes. IIe communication (teneur en eau, métabolisme des graines, mesurations physiques). (Der Einfluss der experimentellen Dermatitis auf den Funktionszusland innerer Organe II) (Wassergehalt, Fettstoffwechsel, physikalische Messungen), par Wilhelm Milbradt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX. cah. 2, 1934, p. 232.

Les expériences de l'auteur démontrent que les animaux atteints de dermatite expérimentale, si cette dernière est très étendue et d'une assez longue durée, meurent de cachexie due aux corps protéiniques. On constate avant la mort, à côté de troubles du métabolisme des hydrates de carbone et des albumines, des troubles du métabolisme des graisses, c'est-à-dire une augmentation des trois fractions lipoïdiques du sérum : graisse totale, phosphatide et cholestérine. Cette augmentation des lipoïdes est très probablement due à l'anémie produite par la destruction toxique du sang. L'opacification du sérum sanguin monte parallèlement avec l'augmentation de la lipémie.

Olga Eliascheff.

Recherches sur l'influence sur l'organisme des massages cutanés avec différentes pommades irradiées et non irradiées. (Untersuchungen ueber die Wirkung von Hautmassagen auf den Organismus mit verschiedenen bestrahlten und unbestrahlten Salben), par Alois M. Memmesheimer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 241.

Recherches sur l'influence du massage sur l'organisme ; l'auteur conclut : qu'on obtient par le massage de la peau, pratiqué pendant un temps prolongé avec différentes pommades, des modifications chimi-

ques, chimio-physiques et cliniques dans l'organisme humain, modifications mesurables et qui ressemblent à celles obtenues par d'autres irritations cutanées. Ces modifications protègent l'organisme contre les infections dans le sens de nos connaissances sur l'esophylaxie. On peut recommander pour le massage l'emploi prolongé de pommades cholestérinées irradiées et de celles contenant une faible dose de vitamine D sous forme d'émulsions (eau et l'huile) ; elles sont inoffensives et facilement utilisables. Olga Eliascheff.

Maladies cutanées et lipases du sérum (Tributyrase). Ire Communication (Psoriasis, Lupus vulgaire) tuberculose colliquative, lupus érythémateux, gale, blennorrhagie). (Hautkrankheiten und Serum lipase (Tributyrase). I Mitheilung (Psoriasis, Lupus vulgaris, Tuberculosis colliquativa, Lus erythematodes, Scabies, Gonorrhoë), par A. Nadel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 253.

Recherches sur les lipases du sérum dans différentes maladies cutanées. Les méthodes utilisées (de Rona et Michaelis, de Willstätter et Nemmen, la dernière utilisée par l'auteur) ne servent qu'à la détermination d'une seule lipase du sang, de la soi-disant tributyrase. Ce ferment est un produit d'élimination des systèmes différents des organes, une partie est aussi d'origine autochtone et provient des cellules sanguines. Il n'existe aucune relation entre le métabolisme des graisse et l'activité des lipases, ainsi qu'entre ces dernières et l'alimentation. Les sérums lipémiques prélevés après un repas ne se distinguent pas quant au taux des lipases des sérums prélevés à jeun. On constate un taux normal de lipase chez des sujets normaux atteints seulement de gale non infectée malgré la différence d'âge des sujets. On n'a pas observé d'augmentation de la lipase ni dans le psoriasis ni dans d'autres maladies cutanées. Dans la tuberculose cutanée (si les malades n'ont pas été traités par des pommades irritantes, par exemple par le pyrogallol, etc..), les valeurs de lipase sont normales. L'élévation de la température de courte durée n'a aucune influence sur le taux des lipases si l'état général du malade n'est pas trop influencé. Olga Eliascheff.

Sur la fréquence de lésions des muqueuses dans le lupus érythémateux et contribution à l'étude histologique du lupus érythémateux des lèvres (Ueber die Haufigkeit der Schleimhautbeteiliqung beim Erythematodes und ein Beitrag zur Histologie des Lippenerythematodes, par Heinz Winsiffer. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, 1934, p. 263, 2 figures.

Des recherches bibliographiques et des observations de l'auteur il résulte que les lésions muqueuses sont relativement fréquentes dans le lupus érythémateux (dans 17 o/o des cas). Description histologique des lésions des muqueuses qui sont analogues à celles de la peau.

Olga Eliascheff.

Recherches sur la rétention cutanée du rouge Congo et expériences thérapeutiques dans les dermatoses exsudatives (Hautspeicherungs- und therapeutische Versuche mit Kongorof bei den exsudativen Dermatosen), par G. SANNICANDRO. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 2, p. 269.

L'auteur a constaté l'action favorable du rouge Congo dans quelques maladies cutanées et principalement dans l'eczéma. Il a utilisé une solution de rouge Congo à un pour cent dans l'eau distilée ou dans du sérum physiologique, *fraîchement préparé*, en injections intraveineuses (jusqu'à 20 cmc.). Le traitement n'a donné aucun résultat dans 5 cas de psoriasis, il provoqua plutôt une aggravation ; dans la maladie de Duhring et dans le purpura il fut également inactif. De bons résultats ont été obtenus dans l'acrodermatite bulleuse (après une première injection de 10 centimètres cubes grande amélioration, guérison complète après 6-7 injections) et surtout dans l'eczéma aigu vésiculeux ; guérison en 10 jours de dix cas d'eczéma généralisé sans aucun traitement externe. Etude pharmacologique du rouge Congo et explication du mécanisme de son action dans l'eczéma. Il agit très probablement en neutralisant (dans le sens physico-chimique) les substances nocives et inflammatoires.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Valeur de la syphilis expérimentale pour la syphilologie humaine (Die Bedeutung der experimentellen Syphilisforschung für die menschlichen Syphilidologie), par R. BRANDT, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 4-5, juillet 1934, p. 193.

La syphilis expérimentale a certes une grande valeur pour l'interprétation de la syphilis humaine ; mais il convient d'observer la plus grande réserve dans cette interprétation, car il existe de profondes différences entre la syphilis de l'homme et celle de l'animal.

Chez le lapin par exemple, le pouvoir pathogène du spirochète augmente par les passages successifs. Il faut abandonner la conception de la réceptivité plus grande des races animales vierges. Mais l'expérimentation montre que le spirochète peut acquérir une certaine organotropie spécifique (testicule, œil). Chez l'homme, il existe incontestablement une sensibilité particulière des organes génitaux et des muqueuses. Tandis que chez l'animal se développe une forte « immunité du chancre » (sérologie positive tant que dure l'accident initial, p. ex.), cette immunité chez l'homme est toujours submergée par l'infection. Le lapin offre fréquemment une syphilis muette ; ce fait n'est pas lié à une immunisation puissante, mais bien au faible pouvoir pathogène du spirochète pour l'animal. Chez l'homme, au contraire, à une vive sensibilité au spirochète correspond une immunité générale puissante, se traduisant par un état allergique (éruption secondaire, tertiaire, réaction à la luétine). L'existence d'une séro-réaction positive témoigne de la persistance de

foyers virulents, vivaces, qui agissent comme antigènes. Quant à la syphilis nerveuse humaine, il est incontestable qu'elle est liée à des dispositions individuelles. L'opposition des souches dermotropes et neurotropes n'est pas acceptable. Cependant, chez l'animal (le lapin injecté avec le cerveau infecté de souris), le spirochète peut acquérir des propriétés neurotropes (on sait que chez le lapin il était impossible de réaliser des lésions du cerveau) même pour des systèmes nerveux jusque-là réfractaires. L. Chatellier.

Sur la question de l'existence d'une forme invisible de l'agent de la syphilis (Ueber die Frage des Vorkommens einer invisiblen Form des Syphiliserregers), par J. van Haelst. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 4-5, juillet 1934, p. 212.

Levaditi et ses collaborateurs ont obtenu des inoculations positives avec des organes d'animaux infectés, bien qu'ils n'aient pu mettre le spirochète en évidence. Ils en ont conclu à l'existence d'une forme invisible et d'un cycle évolutif de l'agent pathogène.

v. H., après avoir rappelé ses expériences d'inoculation chez le lapin, le cobaye et la souris, rapporte les résultats des vérifications entreprises par lui de l'opinion de Levaditi.

A l'ultra-microscope, il a toujours trouvé, par des procédés spéciaux qu'il a décrits, des spirochètes dans les fragments infectieux, et aussi dans le cerveau et la rate de souris infectées, dont la syphilis est sans symptômes. Ces constatations ont été reconnues valables par Levaditi, mais ce dernier a prétendu que le nombre des spirochètes étaient insuffisant à déchaîner une syphilis expérimentale. v. H. a entrepris des recherches méthodiques pour compter les spirochètes des émulsions organiques inoculées et il a comparé les chiffres obtenus aux résultats de l'inoculation. Celle-ci ne réussit (chez le lapin) que si l'émulsion contient un certain chiffre moyen de spirochètes ; ce chiffre moyen dépend du tissu inoculé. Aussi l'auteur se range-t-il à l'opinion de Jahnel, Brigge et Rothermundt, car il a toujours trouvé des spirochètes dans les organes capables de provoquer l'infection chez l'animal inoculé : le spirochète reste bien l'agent et le seul agent de la syphilis.

L. Chatellier.

Ulcères de la vulve après amygdalectomie chez une enfant (Ulcera vulvea nach Tonsillektomie bei einem Kinde), par K. Steiner, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 4-5, juillet 1934, p, 220, 1 fig.

Chez une fillette de 9 ans, la tonsillectomie est suivie pendant 6 jours de fièvre à 39° et 40°. 2 jours après l'opération, se développent à la vulve des ulcérations aigües où le microscope décèle, à côté de cocci à Gram +, des fuso-spirilles abondants. Les frottis pharyngés contiennent aussi des fuso-spirilles. Guérison rapide par l'iodoforme. Cette observation se rapproche de celle de Schnabl où la malade presenta des ulcérations vulvaires avec fièvre à 40° et un érythème noueux toxique à la suite d'un angine de Vincent. S. considère ces ulcérations comme des manifesta-

tions métastatiques de pyohémie transitoire due aux fuso-spirilles. Il les compare aux cas analogues publiés antérieurement, mais causés par d'autres agents pathogènes (Bacillus crassus, p. ex.).

L. Chatellier.

Dépigmentation consécutive à un herpès simple récidivant (Leukoderma nach Herpes simplex recidivans), par F. Kalz. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, fasc. 4-5, juillet 1934, p. 226, 1 fig.

Un jeune homme de 20 ans présente, depuis trois ans, et tous les 10-14 jours, une éruption d'herpès autour de la bouche et du nez. Certains éléments particulièrement profonds guérissent en laissant des taches dépigmentées. Chez ce même malade, un zona et des lésions cutanées artificielles ont guéri sans dépigmentation. Après irradiation par les rayons limites, les poussées d'herpès disparaissent pendant six mois et presque toutes les taches, identiques à celles d'un vitiligo, reprennent leur coloration normale. Une récidive est suivie de la même dépigmentation, que K. considère comme traumatique et toxique.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Rayons-limite dans le lupus vulgaire (Weichstrahlen (Grenzstrahlen) beim Lupus vulgaris), par B. Spiethoff. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 27, 7 juillet 1934, p. 873, 12 fig.

Les rayons-limite, grâce à leur très faible pénétration, sont tout indiqués dans le traitement du lupus. S. depuis 8 ans, les emploie avec succès à la dose moyenne de 4.600 R. et 9 k.-w. à 2 cm. 5 de distance; cette dose peut être augmentée. Il ne faut pas irradier des champs cutanés d'un diamètre supérieur à 3 centimètres et il est indispensable de protéger attentivement toute zone déjà irradiée. S. associe souvent les rayons rouges. Dans les formes hypertrophiques, la distance est ramenée à 1 centimètre.

L. Chatellier.

Concomitance de lupus pernio et de lupus vulgaire ; contribution à l'étude de l'étiologie du lupus pernio (Gleichzeitiges Vorkommen von Lupus pernio und Lupus vulgaris; zugleich ein Beitrag zur Frage der Ætiologie), par H. Säuferlin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 27, 7 juillet 1934, p. 884.

Aux observations déjà publiées, S. en ajoute une autre : une femme de 43 ans présente en même temps un *lupus pernio* du nez, des placards de lupus vulgaire sur la joue gauche, au-dessus de l'œil droit et derrière l'oreille droite ; lésions anciennes du poumon et de la plèvre droits à l'écran ; rien dans les os, cicatrices d'adénites cervicales. Pas d'examen histologique. Cette association parle en faveur de la nature tuberculeuse du *lupus pernio*. L'allure clinique du *lupus pernio*, des caractères biologiques et histologiques constitueraient une forme particulière de réaction de l'organisme à l'infection bacillaire.

L. Chatellier.

Varicelle et sensibilisation par la lumière (Varizellen und Sensibilisierung durch Licht), par St. v. Mallinckrodt-Haupt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 28, 14 juillet 1934, p. 917, 3 fig.

Contrairement à la variole, la varicelle semble peu influencée par la lumière. Les observations cliniques de Sack, de Rohrböck ; les recherches expérimentales de Reiche ont donné des résultats variables. M. apporte une observation personnelle : une fillette de 9 ans contracte, après ses trois sœurs, la varicelle ; 14 jours avant l'éruption, la fillette s'était soumise à une insolation prolongée qui avait touché la figure, le cou, la poitrine et la moitié supérieure du dos. Le tégument avait présenté un léger érythème suivi de pigmentation. Or l'éruption de varicelle, normale aux endroits non irradiés, était confluente sur les régions soumises aux rayons solaires. Là, les éléments n'étaient presque plus vésiculeux, mais formaient des nodules infiltrés. Le soleil avait donc réduit le pouvoir réactionnel de l'épiderme (absence de vésicules) et accru celui du derme (nodules dermiques). Dans l'observation de Sack, la réaction vésiculeuse avait été particulièrement violente. Le cas de Rohrbœck et le cas de M. se ressemblent par les modifications de l'éruption : exagération de la réaction dermique et atténuation des vésicules épidermiques. Les rayons solaires ont sensibilisé la peau ; les rayons caloriques ont également leur part grâce aux modifications vasculaires qu'ils provoquent.

L. Chatellier.

Pustulose vacciniforme aiguë chez l'adulte (Pustulosis vacciniformis acuta beim Erwachsenen), par R. Frühwald. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 28, 14 juillet 1934, p. 922, 1 fig.

Cette redoutable complication de l'eczéma, presque toujours mortelle, n'avait été jusqu'ici décrite que chez l'enfant (voir l'article récent de Freund). F. rapporte trois observations qui concernent toutes des adultes (18-20 ans). Chez ces trois malades, présentant depuis l'enfance, un eczéma séborrhéique chronique, s'est développée brusquement une éruption pustuleuse simulant la variole ou la vaccine généralisée. Les trois malades ont guéri. F. ne peut pas dire s'il s'agit d'une infection mixte : staphylocoque et virus vaccinal ; il souligne que les trois cas ont été observés en novembre et décembre, après les vaccinations d'automne, constatation qui vient à l'appui de l'hypothèse de Freund. Celui-ci pense en effet que la pustulose vacciniforme aiguë est due à l'absorption naso-pharyngienne du virus vaccinal qui est toujours répandu après les vaccinations en masse. L. Chatellier.

Traitement local du chancre mou par injection sous le chancre de myosalvarsan (Ulcus molle- Behandlung durch Unterspritzung mit myosalvarsan), par C. Klepper. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXIX, n° 28, 14 juillet 1934, p. 928.

V. Szentkiralyi avait publié l'observation d'un chancre mixte traité par le myosalvarsan local : la chancrelle avait guéri rapidement laissant persister le chancre syphilis. Chez un malade porteur d'un chancre mou

de la verge, l'auto-inoculation détermine un semis de chancres que l'iodoforme, le Dmelcos, n'arrivent pas à guérir. Une injection sous les chancres d'inoculation de 0,6 de myosalvarsan amène la régression rapide des lésions, dont la guérison est obtenue par une deuxième injection de 0,20. Trois jours après, même traitement pour le chancre initial (injection entre les lames préputiales), avec un résultat aussi rapide.

L. Chatellier.

Sur la question du traitement préventif de la syphilis (Zur Frage über die präventive Behandlung der Syphilis), par G. I. Mestschersky et A. B. Selissky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 28, 14 juillet 1934, p. 929.

Les auteurs rappellent les résultats déjà publiés de traitement préventif soit par le stovarsol *per os*, soit le salvarsan et le néosalvarsan associé ou non à Hg et à Bi. Ils soulignent les échecs et les incertitudes de cette méthode, dont ils apportent deux observations personnelles. Aussi concluent-ils que le traitement préventif est superflu chez l'homme dont l'accident initial est presque toujours rapidement décelable. Chez la femme, il trouverait plus d'indications, à condition qu'il soit aussi intense qu'un traitement abortif habituel et que la malade soit gardée en observation pendant deux ans au moins. En outre, le traitement préventif n'est pas sans inconvénient psychique, à cause de l'incertitude où sont, malgré tout, les malades sur l'existence de leur syphilis.

L. Chatellier.

L'étiologie et la pathologie cellulaire de l'épithélioma de la peau et des lèvres en Australie (Die Ætiologie und Zellpathologie des Haut- und Lippenkrebses in Australien), par E. H. Molesworth. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 29, 21 juillet 1934, p. 945.

Alors qu'en Australie le lupus, les tuberculides (à l'exception du lupus érythémateux, très fréquent) sont très rares, le cancer de la peau et des lèvres est beaucoup plus fréquent qu'en Europe. La plupart des malades vivent en plein soleil. M., de l'étude étiologique attentive de ces cas, croit que cette fréquence de l'épithélioma est due à l'intensité des rayons ultra-violets dans ce pays, qui déterminent une irritation chronique des parties exposées : visage, nuque, mains et avant-bras. Le cancer de la lèvre, plus fréquent aussi, est dû, pour lui, à la même irritation, le tabac n'intervenant pas très souvent. Cette ionisation par les ultra-violets solaires est favorisée par la blondeur et la blancheur du teint chez les Australiens et aussi par leur goût pour les bains de soleil. Les formes histologiques ne diffèrent pas des formes observées en Europe.

L. Chatellier.

Expériences sur le traitement combiné calcium et brome dans les dermatoses (Erfahrungen mit kombinierter Calcium- und Brombehandlung bei Dermatosen), par Trenk. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 29, 21 juillet 1931, p. 951.

Le brome, depuis longtemps employé en dermatologie, a vu ses indi-

cations s'étendre depuis l'administration intraveineuse. Mais les dangers du bromisme ont été atténués par l'adjonction du calcium. T. a expérimenté particulièrement un composé : le lactobronate de Ca et de Br ou calcibronate. L'action sédative du brome est accrue par l'adjonction de Ca. Le calcibronate est administré par voie veineuse et par voie buccale, avec succès dans les formes rebelles d'eczéma, d'urticaire, de prurit et d'ulcère variqueux. Il n'y a pas d'accidents. Effets sédatifs aussi dans les complications blennorragiques. L. CHATELLIER.

Contre-indications à la malariathérapie (Gegen auzeige zur Impfmalaria), par L. HÖLZER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 29, 21 juillet 1934, p. 954.

L'extension de la malariathérapie aux complications de la blennorragie oblige à l'appliquer avec une extrême précaution. H., sur 280 cas, précise les contre-indications : interventions ou traumatismes crâniens, centraux, oculaires ; épilepsie, même dans les seuls antécédents familiaux ; alcoolisme ; psychoses ; défaillances cardiaques ; tuberculose pulmonaire ; lésions rénales ou toute autre tare organique ; grossesse. Chez la femme, les « contre-indications sociales » sont plus sévères que chez l'homme. L. CHATELLIER.

Sclérodermie atypique diffuse associée au syndrome d'Osler et à des altérations hépatiques (Atypische diffuse Sklerodermie mit Oslerschem Syndrom und Leberstörung), par W. MILBRADT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 30, 28 juillet 1934, p. 973.

Chez une femme de 42 ans, les lésions sclérodermiques ont commencé voilà 15 ans par des douleurs aux mains, puis aux bras et aux pieds. Les douleurs ont été si violentes que la malade subit à plusieurs reprises des incisions sans résultat. Apparurent ensuite des troubles trophiques nécessitant l'amputation des phalangettes ; en même temps rétraction de certains doigts. En 1928, néphrite, suivie d'ictère (ictère déjà apparu en 1914). Depuis 1914, sur la face, sur les lèvres, la langue, apparaissent des taches rouges et des angiomes, avec, depuis 1927, des épistaxis fréquentes. L'examen cutané révèle sur la face, au cou, aux extrémités, une pigmentation gris jaunâtre ou brun jaunâtre, des plaques de morphée atrophique ; de la scléro-poïkilodermie sur le cou et le tronc. M. discute les caractères de cette curieuse observation dont il fait une forme diffuse, atypique de sclérodermie associée à une angiomatose d'Osler (dont on retrouve les caractères chez la mère et les sœurs). Il émet l'hypothèse que les altérations hépatiques constituent le lien étiologique et pathogénique entre la sclérodermie et les télangiectasies hémorragiques héréditaires. A ce propos, il rappelle les notions analogues déjà établies sur le rôle du foie dans la sclérodermie et l'angiomatose. L. CHATELLIER.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital (Buenos-Ayres).

Maladie ostéo-cutanée familiale pseudo-acromégalique (Enfermedad osteocutanea familiar pseudo-acromegalica), par M. Balado, M. I. Puiggari et E. G. Alvarado. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, 8e année, no 14, avril 1934, Buenos-Ayres, p. 25.

Deux frères présentent une affection cutanée caractérisée par une hyperplasie des glandes sébacées, à laquelle s'ajoute, pendant un certain temps, une infiltration inflammatoire subaiguë du derme. Une hypertrophie des extrémités complète le syndrome.

Le début se fait au niveau du front. La peau est épaisse, rouge, brillante et forme des plis. Les lésions gagnent les faces latérales du nez, le sillon naso-génien et le menton et s'étendent progressivement à toute la face. Lorsqu'elles ont atteint leur complet développement, le malade ressemble à un lépreux.

L'*examen histologique* met en évidence des altérations de deux ordres :

1° Une infiltration inflammatoire, évoluant en deux périodes. Au cours de la première elle est surtout faite de mononucléaires, de lymphocytes et de plasmazellen sous forme de manchons périvasculaires. Dans la seconde phase on assiste à la fin du processus. Il n'existe plus que de petites traînées cellulaires. Les fibres conjonctives et élastiques du derme sont détrüites.

2° Une augmentation de volume et une hyperplasie diffuse des glandes sébacées et sudoripares.

La *radiographie* décèle un élargissement des phalanges et des métacarpiens des mains et des pieds. La paroi crânienne est un peu épaisse, mais le maxillaire n'est pas hypertrophié. La selle turcique présente un aspect rappelant le type normal. Toutefois ses bords sont plus marqués et sa cavité paraît réduite par suite du volume des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures.

L'inflammation et l'hypertrophie glandulaire se développent simultanément, mais sont indépendantes. La première respecte les glandes sébacées et se borne à détruire le derme. Elle finit par disparaître, tandis que persiste l'hyperplasie sébacée.

Celle-ci serait, d'après l'auteur, antérieure à celle-là et serait la conséquence d'un trouble endocrinien en rapport avec un hyperfonctionnement de l'hypophyse. J. Margarot.

Bruxelles Médical.

Sarcoïdes par corps étrangers, par H. Gougerot. *Bruxelles Médical*, 14e année, no 38, 22 juillet 1934, p. 1100.

G. établit que tout nodule consécutif à l'infection par un corps étranger doit faire discuter le diagnostic de sarcoïde et de la cause la plus fréquente de ces sarcoïdes, la tuberculose. Celle-ci joue un rôle important soit local, direct (dans ce cas G. a démontré par l'inoculation au cobaye la présence de bacilles de Koch), soit indirect en créant un terrain spécial, véritable diathèse fibro-conjonctive. Il résulte de ces notions qu'en présence d'une sarcoïde on doit rechercher systématiquement la tuberculose et en tirer les conséquences pronostiques et thérapeutiques.

H. Rabeau.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

Nævo-carcinome, par E. Gaumard. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, juin 1934, n° 6, pp. 185-189.

Deux courtes observations de nævo-carcinomes dont le développement fut consécutif à des traumatismes. A. Bocage.

Quelques aspects de l'hérédo-syphilis mentale, par J.-C. Miller et A. Pelletier. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, juin 1934, n° 6, pp. 233-240.

5 observations de cas allant de la paralysie générale juvénile à la simple instabilité motrice chez des hérédo-syphilitiques. Sur 1.135 enfants anormaux ils ont noté 141 (12 o/o) syphilitiques parmi lesquels les 4/5 seulement avaient des réactions sérologiques positives.

A. Bocage.

The Chinese Medical Journal.

Les propriétés analgésiques du mélange de l'huile de Chaulmoogra avec la Benzyl-Ephédrine (The analgesic property of Benzyl-Ephedrine-Chaulmoogra combination), par Feng. *The Chinese Medical Journal*, vol. XLVIII, n° 6, juin 1934, p. 563.

Les injections intramusculaires d'huile de Chaulmoogra sont restées douloureuses malgré l'addition de divers anesthésiques. F. propose l'utilisation de la Benzyl-Ephédrine, trente fois plus active que la Benzocaïne, stable et peu toxique.

Ses nombreux essais l'ont amené à la formule suivante :

Huile de Chaulmoogra	800 gr.
Huile d'olives	200 »
Benzyl-Ephédrine basique	1 »

On peut injecter jusqu'à 9 centimètres cubes de ce mélange sans provoquer de douleur, de nodosité, ni d'abcès.

Pour préparer le mélange, on chauffe l'huile de Chaulmoogra et l'huile d'olives au bain-marie à 60°-80° et l'on filtre ensuite à chaud. On

dissout la Benzyl-Ephédrine cristallisée dans le mélange chaud, on filtre à nouveau et on stérilise dans l'eau bouillante. S. FERNET.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia (Madrid).

Projet d'organisation de la lutte contre la lèpre en Espagne (Proyecto de organizacion de la lucha contra la lepra en España), par P. MONTANES. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10e année, n° 103, juillet 1934, p. 643.

La lutte contre la lèpre est basée sur le caractère contagieux, mais non héréditaire, de l'affection et sur l'efficacité des médications actuelles.

La prophylaxie peut être assurée par un ensemble de mesures qui sont les suivantes :

1° Recensement aussi complet que possible des malades. Il se trouve facilité par la déclaration obligatoire. Tous les cas relevés seraient portés à la connaissance des médecins en exercice par une note de la Direction générale de la Santé.

2° Le recensement des cas suspects compléterait utilement cette première mesure.

3° L'isolement des malades contagieux ainsi dépistés et suivis exige la construction d'une léproserie en Andalousie et d'une autre en Galicie, permettant d'hospitaliser, la première, 300 lépreux et la seconde, 200. Celle de Fontilles, qui peut actuellement recevoir 300 pensionnaires, devrait être aménagée pour en loger 500. Elle pourrait de la sorte, avec la *Casa de Masden*, de Barcelone, annexée à l'Hôpital de San Pablo permettre l'isolement de tous les malades du foyer du Levant, dont on peut fixer le nombre total à 700.

4° L'hospitalisation d'un millier de suspects en vue d'une surveillance et, le cas échéant, d'une thérapeutique active et précoce libéreraient le pays de foyers infectieux d'un dépistage plus difficile.

5° Une amélioration générale de l'hygiène des populations serait un sérieux obstacle à la transmission de la maladie.

6° Une dernière mesure, l'intensification de la collaboration internationale pour la lutte antilépreuse parachèverait l'œuvre prophylactique.

J. MARGAROT.

Revista Medica de Barcelona.

Epidémiologie de la lèpre en Catalogne (Epidemiologiá de la lepra en Cataluña), par Antonio PEYRI. *Revista Medica de Barcelona*, 11e année, t. XXII, n° 127, juillet 1934, p. 8.

La lèpre existe à l'état endémique en Catalogne. Il est urgent d'instituer une lutte contre le fléau. La prophylaxie peut être réalisée par un ensemble de moyens médicaux, éducatifs et législatifs.

Des centres mobiles doivent être créés à Tortosa, à Reus, à Barcelone pour le dépistage, le traitement, le recensement, la surveillance des

malades et leur répartition en deux groupes suivant qu'il s'agit de formes ouvertes ou fermées.

Dans le premier cas l'isolement doit être réalisé, à domicile, s'il est possible, ou dans un établissement spécial (placement provisoire à *Casa Masden*, hospitalisation dans la léproserie nationale de Fontilles ou envoi dans une colonie agricole spéciale, réservée à cette catégorie de malades, comme le préférerait l'auteur).

L'adoption et la coordination de toutes les mesures nécessaires exigent la création d'un organisme directeur, dépendant des Services sanitaires de la Généralité de Catalogne. L'application des règles internationales de prophylaxie antilépreuse permettrait de faire disparaître complètement la maladie ou en tous cas de la réduire à d'infimes proportions dans une période de temps qui n'excéderait pas une vingtaine d'années.

J. MARGAROT.

American Journal of Syphilis and Neurology.

L'influence de la lécithine sur la syphilis expérimentale du lapin (The effect of lecithin on experimental syphilis in the rabbit), par HARRIS, TOMPKINS, MORGAN et CUNNINGHAM. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. XVIII, n° 3, juillet 1934, p. 333.

Les expériences de ces auteurs avaient pour but de savoir si l'action du bleu de trypan sur la syphilis expérimentale était spécifique ou si toute substance colloïdale, par exemple la lécithine, injectée par voie veineuse, aurait la même action sur l'évolution de l'infection.

Les expériences effectuées sur 42 lapins récemment inoculés ont montré que la lécithine a sur la syphilis expérimentale une action identique à celle du bleu de trypan, substance chimiquement très différente.

Ces injections activent la cicatrisation des lésions et empêchent les métastases malgré qu'elles ne tuent pas les tréponèmes *in vitro*. Leur action se traduit par une stimulation des mononucléaires phagocytes dont l'activité et le nombre s'accroissent.

Ces faits paraissent confirmer l'hypothèse que c'est l'activité leucocytaire qui intervient principalement dans la cicatrisation des lésions de la syphilis expérimentale.

S. FERNET.

La valeur de la ponction lombaire précoce dans le pronostic de la syphilis du système nerveux central (The value of early lumbar puncture in the prognosis of central nervous system syphilis), par SHNITKER. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. XVIII, n° 3, juillet 1934, p. 360.

S. passe en revue les travaux américains et, se basant sur 130 cas de syphilis étudiés et suivis pendant une douzaine d'années, confirme l'opinion qui tend à prévaloir actuellement, c'est qu'il existe, au début de la syphilis, une réaction méningée transitoire, sorte d'énanthème cérébral, qui n'est nullement prémonitoire de lésions nerveuses ultérieures, quel que soit le traitement suivi.

S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

L'amyloïdose systématisée de la peau et des muscles (Systematized amyloidosis of the skin and muscles), par MICHELSON et LYNCH. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, nº 6, juin 1934, p. 805, 5 fig.

Sous le nom d'amyloïdose systématisée de la peau et des muscles Lubarsch a décrit une forme d'amyloïdose à localisations atypiques. On connaissait l'amyloïdose localisée de la peau, affection chronique et bénigne décrite sous les noms de *lichen amyloïdosis* ou de *amyloïdosis cutis nodularis* et *disseminata* et simulant les névrodermites, le prurigo ou le lichen plan.

On connaît aussi l'amyloïdose généralisée qui, très exceptionnellement, peut s'accompagner de dépôts nodulaires à la peau.

Mais l'amyloïdose systématisée de Lubarsch ne touche pas les gros viscères; les dépôts d'amyloïde se font dans des organes qui ne sont habituellement pas intéressés : dans la peau sous forme de papules cireuses, presque translucides, dures, souvent groupées et localisées de préférence aux paupières, au nez et à la bouche; une glossite avec macroglossie est un symptôme constant et précoce : la langue hypertrophiée se fisssure, se nécrose, suppure et saigne; il existe des dépôts d'amyloïde dans les muscles du cou et du dos, quelquefois dans le muscle cardiaque. L'affection s'accompagne fréquemment du purpura. Son évolution est progressive vers la cachexie et la mort; son étiologie très obscure.

Un cas observé par M. et L. et dont ils décrivent les détails se rapporte à cette description. Mais ils ont, de plus, trouvé chez leur malade une albuminurie du type thermo-soluble (albumose de Bence-Jones, se coagulant vers 60° pour se redissoudre à la température de l'ébullition et reparaître pendant le refroidissement). Cette albuminurie spéciale a été observée presque exclusivement chez les individus atteints de myélome multiple. L'examen radiographique de leur malade ne montrait qu'une ostéo-porose diffuse. Ils notent néanmoins, que B. Bloch a publié l'observation d'un cas d'éruption papuleuse du tronc et des extrémités chez une malade présentant une albuminurie de Bence-Jones et dont l'autopsie révéla la présence de myélomes des os et de dépôts amyloïdes dans la langue, l'intestin, la moëlle osseuse, le cœur et les poumons. Un autre cas de myélome multiple, décrit par Magnus Lévy, s'accompagnait aussi d'amyloïdose et d'albuminurie de Bence-Jones.

L'observation de M. et de L. pose donc à nouveau le problème des rapports de l'amyloïdose avec l'albuminurie de Bence-Jones et le myélome multiple.

S. FERNET.

Les tests de la sensibilisation : leur valeur en dermatologie (Sensitization tests : their value in dermatology), par MENDELSOHN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, nº 6, juin 1934, p. 845.

M. a pratiqué en quatre ans 12.000 tests cutanés dans des dermatoses diverses, supposées d'origine allergique.

Il conclut de son expérience que : 1° les intradermo-réactions ont peu de valeur pour déterminer la cause des dermatoses ; 2° les nombreuses réactions positives qui sont observées ont rarement une signification pratique ; 3° il est, par conséquent, illusoire de pratiquer de multiples intradermo-réactions au cours des dermatoses ; l'interrogatoire, l'examen et l'observation de chaque cas fournissent des renseignements étiologiques plus importants ; 4° les épidermo-réactions ont, par contre, une valeur indiscutable dans les éruptions de cause externe. S. Fernet.

Néoformations pseudo-tumorales multiples bénignes de la peau (Multiple benign tumor-like new growths of the skin), par Butterworth. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIX, n° 6, juin 1934, p. 893, 3 fig.

Schweninger et Buzzi ont décrit sous ce nom en 1891 une variété d'atrophie maculeuse de la peau caractérisée par la présence de lésions formant hernie et réductibles par la pression du doigt. Ces lésions siègent habituellement à la partie supérieure du thorax, sur les épaules et les bras ; leurs dimensions varient de celle d'une lentille à celle d'une pièce d'un sou. A leur niveau, la peau est fine, de coloration normale, quelquefois parcourue de quelques télangiectasies ; le doigt les déprime aisément et pénètre dans une dépression qui paraît être encerclée d'une marge résistante ; dès que la pression cesse, la hernie se reproduit.

Cette affection est lentement progressive : de nouvelles lésions apparaissent tandis que les plus anciennes s'affaissent et sont remplacées par des cicatrices atrophiques souples, se plissant facilement.

L'histologie montre une absence complète du tissu élastique au niveau des lésions et son hyperplasie en périphérie. Il existe une infiltration de petites cellules rondes autour des capillaires superficiels et des vaisseaux glandulaires. L'épiderme est très aminci au-dessus des lésions.

Une vingtaine de cas ont été rapportés dans la littérature ; la majorité des auteurs admettent que l'absence d'érythème distingue cette affection de l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn.

Alors que tous les cas observés antérieurement évoluaient chez des adultes d'au moins 30 ans, B. en a observé un cas chez une fillette de 11 ans. Il décrit chez elle les deux types de lésions : les lésions jeunes, herniées, les anciennes, atrophiques. L'enfant était de souche syphilitique et l'on sait que le rôle de la syphilis a été mainte fois discuté dans l'étiologie des atrophies maculeuses. F. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Sensibilisation à l'emplâtre adhésif (Sensitization to adhesive plaster), par Van Cleve. *The Urologic and Cutaneous Review*, juillet 1933, p. 479.

Dans deux cas de dermite due à l'emplâtre adhésif, C. a pu déterminer la substance nocive qui était la poudre de racines d'iris. Cette poudre entre dans la composition de la plupart des emplâtres du commerce.

S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Quelques notes sur l'acné vulgaire (Some notes of acne vulgaris), par WHITFIELD. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 548, juin 1934, p. 257.

W. résume son opinion sur l'acné. Il a été frappé par la fréquence des troubles digestifs qui s'accompagnent d'indoxylurie et d'acidité des urines matinales. La séborrhée exagérée, en particulier celle de la puberté dont l'équilibre chimique paraît être modifié, favorise le développement des staphylocoques.

W. a donc l'habitude de prescrire un régime qui, sans être restrictif, puisqu'il s'agit d'adolescents, tend à supprimer les aliments gras, producteurs d'indol : les fromages, le chocolat, le cacao, la viande de porc, d'oie, les sauces, les salaisons ; il autorise le beurre, la crème, le lait et les œufs, en quantité limitée. Ce régime est complété par de la créosote qui paraît être le meilleur des antiseptiques intestinaux.

W. prescrit en plus à l'intérieur du soufre à haute dose sous forme de *calx sulphurata* (?) à raison de 6 grammes par jour.

Localement, il est partisan des préparations soufrées et mercurielles et de la radiothérapie. S. FERNET.

Guérison spontanée d'un cas d'épithélioma spino-cellulaire primitif multiple chez un homme jeune (A case of multiple primary squamous-celled carcinomata of the skin in a young man, with spontaneous healing), par Ferguson SMITH. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 548, juin 1934, p. 267, 8 fig.

A l'âge de 23 ans, un homme présentait à la face et aux membres inférieurs une trentaine de lésions à des stades divers de leur évolution : elles débutaient par une petite papule rouge, analogue à celles de l'acné, mais surmontées d'un cône corné très adhérent. Ces lésions s'érodaient petit à petit et évoluaient en ulcérations sur les bords irréguliers desquelles on notait la présence de perles caractéristiques. De petite dimension à la face, les ulcérations étaient plus étendues et légèrement végétantes aux jambes. Chacun des éléments évoluait en 6 à 8 mois ; la cicatrisation débutait spontanément par le centre tandis que les bords en activité continaient à s'étendre ; puis, la lésion se cicatrisait en totalité, laissant des cicatrices profondes. Simultanément de nouveaux éléments apparaissaient à distance.

Les cultures montrèrent uniquement la présence du *B. proteus* et de l'Entérocoque.

L'examen histologique, pratiqué à divers stades d'évolution de ces lésions, montrait une structure caractéristique de l'épithélioma spino-cellulaire à globes cornés avec effondrement de la basale ; il y avait une légère infiltration de cellules rondes et de plasmocytes.

L'auteur relève les particularités de ce cas : le jeune âge du malade, la multiplicité et la succession des lésions, leur caractère primitif, leur évo-

lution spontanée vers la guérison et déclare ne connaître aucun cas semblable dans la littérature.

(Ne s'agirait-il pas d'une pyodermite végétante à type de verrucome de Gougerot ?) S. FERNET.

Erysipeloïd, par INGRAM et STUART. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 549, juillet 1934, p. 303, 1 fig.

I. et S. décrivent quatre cas bénins d'érysipéloïde qu'ils viennent d'observer. Le bacille du rouget de porc (*B. erysipelatis suis*) n'a pu être décelé que dans un seul cas par culture d'un fragment de tissu.

Les quatre cas ont guéri rapidement par la radiothérapie à faible dose.

S. FERNET.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Sur l'histopathologie de la leishmaniose cutanée, par MONACELLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. IV, juin 1934, p. 345, 31 fig. Bibliographie.

L'auteur fait remarquer que l'étude histologique des Leishmanioses n'offre pas seulement un intérêt particulier, mais intéresse aussi la Pathologie générale, les leishmanioses ayant été considérées comme un cas typique de maladie du système réticulo-endothélial. En outre, dans la leishmaniose cutanée les caractères histologiques présentent souvent des analogies telles avec ceux des lésions tuberculeuses, que le diagnostic peut en être impossible.

M. a eu l'avantage exceptionnel de pouvoir observer et étudier, tant au point de vue clinique qu'histologique, une série de 19 cas de leishmaniose cutanée. Il rapporte les protocoles d'examen histologique de chacun de ces 19 cas, avec de nombreuses figures.

Les points les plus saillants qui se dégagent de cette étude sont les suivants :

La leishmaniose cutanée diffère de la leishmaniose viscérale. Cette dernière, pendant tout le décours de la maladie est caractérisée par une réaction hyperplasique des éléments à caractère macrophagique du système réticulo-histiocytaire, à laquelle fait suite une irritation et une prolifération de tous les éléments du système mésenchymateux ; la participation totale de l'appareil réticulo-histiocytaire est telle que l'on a pu parler d'un véritable « blocage » ce qui n'est d'ailleurs que partiellement exact.

Dans la leishmaniose cutanée, le processus est tout d'abord le même : les altérations histologiques des cas récents sont en effet particulièrement représentées par la constitution d'une infiltration cellulaire toujours plus dense, et formée en majorité par la prolifération d'éléments à caractère histiocytaire, ou tout au moins d'origine mésenchymateuse, avec fonction de macrophages. On observe en outre l'intense prolifération des cellules

migratrices à caractère monocytoïde et lymphocitoïde et des cellules fixes du tissu conjonctif, l'apparition de plasmacellules toujours plus nombreuses, tandis que les polynucléaires sont absents ou très rares. Dans l'ensemble, une hyperplasie, sinon exclusive, du moins prédominante des éléments du système réticulo-histiocytaire, et c'est en outre à l'intérieur de ces éléments que l'on découvre les leismanhia; ce dernier phénomène ne serait pas un fait de phagocytose ; il s'agirait d'un processus analogue à celui par lequel les mêmes cellules fixent les colorations vitales et les grains des suspensions.

La différence histologique entre les localisations viscérales et cutanées des leishmanioses porte sur le point suivant :

Dans la forme viscérale, il s'établit un état d'équilibre entre le parasite et le tissu, équilibre durable, qui oriente le système réticulo-histiocytaire vers la production exclusive de cellules macrophagiques.

Dans la forme cutanée, le tableau histologique se modifie rapidement : dans l'infiltrat qui occupe le derme on voit apparaître des cellules à caractère épithélioïde, qui tendent à se réunir en agrégats que fait ressortir, même à faible grossissement leur coloration plus pâle. A l'apparition des cellules épithélioïdes s'associe bientôt celle de cellules géantes, et l'on aboutit ainsi à la production de formations nodulaires plus ou moins typiques, mais nettement *tuberculoïdes*. Ce processus se développe tout d'abord seulement dans les parties moyenne et profonde du derme, tandis que, dans la zone superficielle et marginale, l'infiltrat conserve ses caractères initiaux; à un stade plus avancé la totalité de l'infiltrat assume l'aspect tuberculoïde. A ce moment il devient presque impossible de faire un diagnostic histologique différentiel avec les autres variétés de granulome, notamment le granulome lupique.

On sait qu'aujourd'hui, pour la plupart des histologistes les réactions tissulaires tuberculoïdes n'ont aucun caractère spécifique ; mais si cependant, en ce qui concerne le nodule des leishmanioses, on voulait indiquer un caractère différentiel, avec les formations du même type qui sont susceptibles de se rencontrer dans la peau dont les plus fréquentes sont le nodule luétique et le nodule tuberculeux, on peut dire que le caractère différentiel est, pour le premier, l'absence de lésions vasculaires, pour le second l'absence de phénomènes dégénératifs et de caséification.

A cette période nodulaire il est encore une autre raison d'incertitude diagnostique : le comportement particulier des parasites. Alors que, dans les stades initiaux du processus, ceux-ci sont en nombre considérable, au point de conférer aux lésions un aspect granuleux spécial, à mesure que se développent les nodules, on voit ces parasites devenir de plus en plus rares, jusqu'à disparaître totalement. Toutefois cette règle n'est pas absolue ; des lésions datant seulemement de quelques mois peuvent montrer une absence complète de parasites, tandis que ces parasites peuvent être constatés dans des lésions datant de plus d'un an.

Enfin, la participation du système réticulo-histiocytaire dans les lésions des leishmanioses est prouvée, non seulement par la nature des cellules parasitifères et par leur distribution, mais aussi par une hyperplasie notable du réticulum argentophile, qui se retrouve dans tous les cas qui ont fait l'objet de ce travail. BELGODERE.

Sur l'action et sur les inconvénients des préparations auriques dans la dermatothérapie antituberculeuse, par Nino BAGNOLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 4, juin 1934, p. 405. Bibliographie.

Après quelques considérations générales sur l'extension prise dans ces dernières années par la thérapie aurique et son application à la dermatologie B, souligne les divergences d'opinion des divers auteurs sur l'efficacité de ces traitements et sur leurs dangers. Il a cherché dans le présent travail, à faire une « mise au point » de ces diverses questions.

Il expose d'abord dans 7 cas personnels de lupus érythémateux, traités par les injections auriques intraveineuses, puis il fait une revue générale sous forme de tableaux, des diverses statistiques publiées par de nombreux dermatologistes de tous pays qui ont utilisé le traitement aurique dans les diverses manifestations de la tuberculose cutanée : lupus érythémateux, lupus vulgaire, tuberculides, tuberculose nodulaire, sarcoïdes, etc.

Faisant la synthèse de ces statistiques, il montre que les diverses préparations utilisées peuvent se ranger en quatre groupes :

1° Préparations organiques d'or associées à l'arsénobenzol (aurojacol, néocrysol).

2° Préparations organiques d'or (triphal, lopion, solganol, solganal, krysolgan, allochrysine, aurophos, phosphocrysol).

3° Préparations d'or inorganiques (aurothiol).

4° Préparations d'or inorganiques combinées avec l'acide hyposulfureux (sanocrysine, chrysalbine, sulfochrysol, aurosan, etc...).

Si l'on examine ces statistiques au point de vue des résultats obtenus on peut en tirer les conclusions suivantes :

Dans le *lupus vulgaire*, les résultats obtenus sont fort contradictoires et d'autant moins comparables que les divers auteurs ont employé des préparations très diverses. Il semble se dégager cette notion, que l'or se montre efficace surtout dans les formes ulcéreuses du lupus. Pour les formes nodulaires, les résultats sont moins bons et il n'y a pas de raison dans ces cas de donner la préférence à l'or sur les autres méthodes chimiothérapiques qui, par ailleurs, offrent moins de danger.

Pour les *tuberculides*, il résulte des statistiques publiées que l'aurothérapie n'a sur elles qu'une action assez faible.

Pour le *lupus érythémateux*, les avis sont plus optimistes ; presque tous les auteurs enregistrent des proportions de succès impressionnantes. Aussi, B, est-il d'avis que l'efficacité de ce traitement dans le lupus érythémateux est bien évidente et indiscutable et qu'il doit donc être toujours tenté, à moins de contre-indication manifeste.

Un autre problème également difficile à résoudre est celui du *choix du médicament* pour lequel il faut tenir compte à la fois de l'efficacité, de la tolérance, des accidents possibles. Sur ce point également, on rencontre dans les publications des opinions fort contradictoires et difficilement comparables. B. étudie, dans une série de tableaux, chacun des médicaments auriques, au point de vue des résultats thérapeutiques et au point de vue des accidents. Il résulte de ce parallèle :

1° Qu'il n'y a aucun rapport directe entre le contenu du produit en or et son efficacité ou sa tolérabilité. Parmi ceux qui se sont montrés le plus actifs, on trouve en effet : le lopion (43 o/o d'or), le phosphochrysol (21,5 o/o), le néochrysol (2 o/o).

2° Pour certaines préparations (lopion, phosphochrysol, néochrysol) il y a un rapport direct entre l'efficacité et la tolérance ; pour d'autres il n'y a aucun rapport fixe, pour d'autres enfin (sanocrysine, allochrysine), à une efficacité plus grande correspond une tolérance moindre.

3° Au point de vue de la composition chimique, les préparations organiques d'or semblent plus efficaces que les inorganiques ; les préparations mixtes (or et arsénobensol) semblent aussi excellentes.

4° Les préparations qui semblent avoir donné les meilleurs résultats sont : le lopion, le phosphochrysol, et le néochrysol, qui sont à la fois efficaces et bien tolérés. Dans un second groupe, on peut ranger le sanochrysine (chrysalbine, sulfochrysol) et le chrysolgan, médicaments efficaces, mais moins bien tolérés.

Ce travail se termine par une étude des *accidents de l'aurothérapie* (érythème simple, érythrodermie, stomatite, albuminurie, amaigrissement, modifications sanguines) des *voies d'élimination* de l'or, et du *mécanisme d'action* de la thérapie aurique. BELGODERE.

Quelques recherches sur les arthropathies syphilitiques, par CASAZZA et COTTINI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 4, juin 1934, p. 455.

Deux observations assez particulières d'arthropathies syphilitiques. L'une concerne un pêcheur de 56 ans, atteint d'un accident primaire de la verge, avec réactions sérologiques encore négatives. Pendant cette période présérologique, apparition d'une arthrite du genou gauche (tuméfaction, épanchement, etc...). Le liquide articulaire présente une réaction Bordet-Wassermann fortement positive. Celle-ci devient ultérieurement positive aussi dans le sang, puis apparaît enfin, un peu tardivement, la roséole, suivie d'une éruption papuleuse. Le malade fut soumis à un traitement bismuthique liposoluble, qui amena, non seulement l'amélioration générale habituelle, mais aussi la guérison de la localisation articulaire.

Chez le second malade âgé de 25 ans, il y avait une syphilis ignorée, se traduisant par une iritis et des réactions sérologiques du sang positives. On institua un traitement par injections de calomel, mais, au cours de ce traitement, on vit apparaître les signes d'une arthrite avec épan-

chement, au genou gauche, puis au genou droit, puis au coude droit. Dans ce cas aussi la réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le liquide articulaire. Le traitement par l'arsénobenzol amena la négativation des réactions sanguines, la guérison de l'iritis et des manifestations articulaires.

A noter en outre que, chez ces deux malades, la gonoréaction était négative ; négative également la recherche du tréponème dans le liquide articulaire, de même que les inoculations de ce même liquide au cobaye.

A propos des deux cas, les auteurs développent diverses considérations pathogéniques : rareté des accidents articulaires préroséoliques qui paraissent confirmer l'attraction de l'infection pour le système squelettique déjà manifesté par la fréquence des localisations osseuses. Quant à la cause de cette localisation, on peut la chercher, soit dans une virulence spéciale du germe, soit dans un traumatisme, soit dans certains facteurs professionnels. Le premier malade étant pêcheur était en effet particulièrement exposé aux facteurs étiologiques qui prédisposent au rhumatisme.

Pour ce qui concerne le second malade, les manifestations articulaires survenues au cours du traitement calomélique permettent de penser à une réaction de foyer provoquée par le traitement.

Enfin, pour ce qui concerne les réactions de complément positives dans le liquide articulaire, certains ont soutenu qu'il s'agissait simplement du passage dans le liquide articulaire des réagines contenues dans le sang. Qu'il puisse en être ainsi dans un certain nombre de cas, cela est possible et même probable. Mais, quand la positivité du liquide articulaire précède celle du sang, il est difficile de ne pas admettre qu'elle traduit l'existence de lésions spécifiques locales, qui dans l'observation rapportée ont précédé l'explosion cutanée secondaire. BELGODERE.

Sur un caractère histologique particulier dans le mamelon de la femme, par Ruggero GATTA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. X, fasc. 6, juin 1934, p. 472. Bibliographie.

Massia et Rousset, dans une communication à la Société française de Biologie de 1930, ont attiré l'attention sur la présence, dans l'épiderme qui revêt l'aréole et le mamelon des femmes normales d'éléments cellulaires dyskératosiques, et ces auteurs ont pensé qu'il pouvait y avoir un rapport entre cette dyskératose « normale » pourrait-on dire, et la maladie de Paget, rapport qui expliquerait la localisation habituelle de cette affection.

G. a entrepris des recherches de contrôle sur 30 sujets d'âges divers, de 8 à 80 ans. Elles ont confirmé dans l'ensemble les constatations des deux auteurs français. G. a constaté en effet lui aussi la présence de ces cellules dyskératosiques dont il indique les caractères : *a*) volume supérieur : double ou triple ; *b*) aspect plus pâle : faible affinité pour les colorants ; *c*) modifications du noyau, qui perd sa forme ovoïde, se ratatine, prend un aspect semi-lunaire ou lobé.

Pour quelle raison de telles altérations épithéliales se manifestent-elles plutôt dans l'épiderme du mamelon? C'est une question obscure à laquelle on ne peut répondre que par des hypothèses.

Toutefois, pour ce qui concerne les rapports avec la maladie de Paget, il n'y a pas analogie complète entre les cellules caractéristiques de cette maladie et les cellules dyskératosiques de la peau normale. On peut noter les différences suivantes :

1° Dans le Paget, cellules plus volumineuses, parfois gigantesques;

2° Le noyau peut être double ou triple, il n'est pas seulement contracté ou lobé ;

3° Les filaments d'union ont disparu, et cette « desmolyse » est un fait important car il est le point de départ habituel de monstruosités cellulaires (caryocinèses atypiques, protoplasma vacuolaire, etc.), tandis que les cellules dyskératosiques de la peau normale restent épineuses ;

4° Dans la peau normale il existe des formes de passage entre les cellules dyskératosiques et les cellules typiques, ce qui ne s'observe pas dans la maladie de Paget ;

5° Enfin, les cellules du Paget ont encore un caractère spécial : l'abondance de glycogène.

Mais cependant, si l'analogie n'est pas complète entre les cellules du Paget et les cellules dyskératosiques, l'hypothèse n'en est pas moins très vraisemblable que ces dernières soient prédisposées à devenir des cellules cancéreuses, évolution qui pourra s'exercer sous l'influence de certaines irritations. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Nouvelles observations sur la leishmaniose cutanée en Sardaigne, par MANCA PASTORINO. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 7, juillet 1934, p. 361, 5 fig.

L'auteur rapporte les observations de quatre nouveaux cas de Leishmaniose cutanée, observés par lui en Sardaigne, dans la province de Sassari, tous les quatre avec contrôle bactériologique positif. Il en fait ressortir les caractères particuliers : localisation exclusive à la face, tendance extensive en surface, multiplication des foyers, évolution destructive aboutissant à l'ulcération. Dans d'autres régions de l'Italie, comme dans les Abruzzes, l'évolution est plus bénigne, et l'ulcération des nodules plus rare. Ce fait pourrait s'expliquer par l'apparition plus récente de la maladie en Sardaigne ; dans les régions où elle est d'importation plus ancienne un certain degré d'immunité congénitale aurait pu se développer dans la population.

D'autres hypothèses ont été invoquées : infection secondaire, degré moindre de résistance du sujet, état allergique, etc.

Envisageant le point de vue épidémiologique, il montre que les cas observés doivent être considérés comme autochtones, les différents foyers étant très éloignés les uns des autres, et éloignés de la côte sarde.

La localisation sur les parties découvertes rend plausible l'inoculation par les piqûres d'insectes. Parmi les différentes espèces qui peuvent être incriminées, celle qui semble avec le plus de vraisemblance devoir être mise en cause est un insecte ailé hémophage, le phlébotome, et le chien semble être le réservoir du virus. Ces notions doivent être le point de départ de mesures prophylactiques qu'il conviendrait de ne pas négliger, car l'affection semble prendre en Sardaigne une certaine extension, et, si les localisations cutanées sont déjà par elles-mêmes assez graves, par le fait seul de leur lente évolution, il faut songer aussi à la propagation viscérale possible, beaucoup plus grave.

Au point de vue thérapeutique l'auteur ne semble pas très satisfait des résultats de la diathermo-coagulation. Il préconise plutôt les rayons X qui lui ont donné des guérisons assez rapides et définitives. Il croit que les rayons agissent surtout sur le parasite directement, en inhibant ses fonctions reproductrices, mais il n'exclut pas aussi la possibilité d'une stimulation par les rayons des processus humoraux et tissulaires de défense, et en particulier l'intervention de l'hyperleucocytose que provoquent normalement des doses moyennes de rayons X. Belgodere.

Recherches statistiques sur la diffusion de la syphilis à Padoue dans les vingt dernières années, par G. Benetazzo. *Il Dermosifilografo*, 9e année, no 7, juillet 1934, p. 375.

L'auteur passe d'abord en revue les statistiques de vénéréologie publiées depuis 20 ans dans les différents pays du monde, d'où il appert qu'en général, dans presque tous ces pays, l'évolution a été à peu près uniforme en trois périodes : 1° période de forte augmentation, de 1919 à 1921, sous l'influence moralisatrice bien connue de la guerre ; 2° période de forte décroissance, de 1921 à 1926, sous l'influence de la lutte entreprise dans tous les pays ; 3° période de légère recrudescence de 1926 à 1931 (N. du T. : il convient de faire remarquer que ces statistiques sont discutables, car elles portent seulement sur la clientèle hospitalière.

B. a dépouillé les registres du Dispensaire vénéréologique annexé à la Clinique Universitaire de Padoue depuis 20 ans. Il résume les résultats de son travail sous forme de tableaux et de graphiques.

Pour la syphilis, de 1914 à 1933, le nombre des malades traités s'est élevé à 2.933. Pour la syphilis primaire, comme pour la syphilis secondaire, comme pour la syphilis latente, on observe également les trois phases : augmentation, diminution, recrudescence, signalées partout ailleurs. Pour la syphilis tertiaire et la syphilis nerveuse, une forte augmentation est constatée depuis 1926 ; elle semble devoir être attribuée aux conséquences des traitements généralement insuffisants et irréguliers des syphilis de la guerre.

Pour la blennorragie, les trois phases évolutives sont également constatables, pour les hommes comme pour les femmes.

Le chancre mou par contre est en diminution constante et a presque disparu.

En somme, les résultats obtenus à Padoue concordent tout à fait avec ceux des divers autres pays.

Cherchant à interpréter ces statistiques, l'auteur pour la première période d'augmentation, est d'avis que la guerre en donne une explication facile; la période de diminution qui a suivi s'explique aussi aisément par le perfectionnement de nos moyens thérapeutiques et de nos moyens de contrôle de laboratoire, ainsi que par l'éducation du public.

Mais la recrudescence de ces dernières années est plus difficile à expliquer. B. croit devoir l'attribuer à une organisation insuffisante de la surveillance sanitaire, qu'il voudrait voir renforcer et exercer par des spécialistes qualifiés. BELGODERE.

Medycyna (Varsovie).

Syphilome de l'angle ponto-cérébelleux, par BANIEWICZ. *Medycyna* (Varsovie), n° 12, 21 juin 1934, p. 388.

B. cite un cas de syphilome de l'angle ponto-cérébelleux apparu deux mois après le chancre et presque immédiatement après un traitement mixte arséno-bismuthique. Le syndrome se présentait au complet : troubles auditifs suivis de surdité à droite, paralysie faciale, parésie du trijumeau, syndrome cérébelleux avec adiadococynésie et chute à droite, nystagmus, titubation, vomissements. S. FERNET.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Epidermophytie des plantes des pieds et épidermophytides, par L. N. MACHKILLEISSON, M. B. SÉGAL et E. E. SIGALOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii* (Moscou), nos 7 et 8, 1933, 20 pages.

Après une étude bibliographique du sujet, les auteurs entreprennent l'étude de leurs 170 cas personnels observés depuis 1926 à l'Institut Vénérologique d'Etat. Ces 170 cas se rapportent à des personnes de 5 à 76 ans, mais la plupart des malades avaient de 25 à 50 ans ; les enfants sont rarement atteints : 5 cas en tout concernant des sujets de 5 à 16 ans. Les femmes constituent 58 o/o des cas et les hommes 72 o/o. D'après les occupations, on trouve 55,5 o/o d'ouvriers, 18,2 o/o d'employés, 9,1 o/o de ménagères, 5,3 o/o d'étudiants, 2,3 o/o de militaires, etc. La durée de l'affection varie de 2 semaines à 15 ans, le plus habituellement de 2 à 12 mois.

Se basant sur les données puisées dans la littérature et sur leurs personnelles, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : le syndrome dysidrosique des plantes des pieds a, dans la majorité des cas, une origine mycosique, étant dû à un champignon du groupe des épidermophytons. L'épidermophytie des plantes des pids est une des affections cutanées fréquentes frappant principalement les personnes adultes. C'est une affection plus fréquente que toutes les espèces de

trichophytie et elle s'accompagne parfois de phénomènes inflammatoires aigus forçant les malades à s'aliter. Cette épidermophytie revêt cliniquement 3 formes : 1° dysidrosique, dysidrose et eczéma dysidrosique ; 2° squameuse, dysidrose desquamative sèche et 3° intertrigineuse, intertrigo plus ou moins érosif. L'exacerbation du processus au niveau des foyers primaires des plantes des pieds, due le plus souvent aux traumatismes ou aux traitements intempestifs, entraîne fréquemment une introduction des éléments mycosiques dans le courant sanguin et une apparition d'éruptions allergiques en des régions éloignées des téguments, principalement sur la peau des extrémités supérieures aux mains et aux avant-bras ; il se produit parfois des éruptions généralisées. Dans ces éruptions secondaires, les champignons sont très rarement découverts, mais la réaction à la trichophytine est toujours très positive. Par analogie avec les trichophytides, ces éruptions, malgré leur caractère discret, doivent être considérées comme des épidermophytides. Les recherches des dernières années faites dans le domaine de l'étude de la réaction active des différentes régions de la surface cutanée ont démontré que l'épidermophyton de Kauffmann-Wolff — le plus souvent constaté dans l'épidermophytie — a un optimum de croissance correspondant au pH de la couche cornée de la plante du pied humain, ce qui explique la localisation préférée de l'épidermophytie dans ces régions. Ces recherches expliquent également le caractère limité des épidermophytides et leur localisation prépondérante aux paumes des mains. Sur les 170 cas des auteurs, il y avait 57 cas (30 o/o) d'épidermophytides restreintes et 3 cas d'épidermophytides généralisés. Ce pourcentage élevé des éruptions allergiques en comparaison avec les trichophytides s'explique principalement par la localisation des éruptions primitives aux plantes, donc en des endroits traumatisés, sans parler du fait que dans l'épidermophytie, plus que dans la trichophytie superficielle, il y a une « prédisposition » allergique. Il n'existe pas d'épidermophytie latente avec une peau tout à fait intacte. Les récidives s'expliquent par : 1° une guérison incomplète des foyers primaires ; 2° la conservation de l'infection dans le linge, principalement, les bas et les chaussettes ; 3° une nouvelle contagion. Les principales causes prédisposantes de l'infection épidermophytique, en présence de l'agent pathogène dans les bas, les chaussettes, le tapis, sur le plancher des bains, etc., sont l'humidité et les traumatismes de la peau produisant une macération, puis une diminution de l'acidité de la surface cutanée et de sa couche cornée, ce qui semble être une des conditions de la vitalité du champignon. Le champignon agent de l'épidermophytie qui se rencontre le plus souvent à Moscou est l'épidermophyton de Kauffmann, Wolff, plus précisément l'*epidermophyton gypseum* et *niveum*. Pour obtenir la carte de la distribution géographique de ces épidermophytes, en Russie, il est désirable de recueillir des cultures dans diverses régions, ce qui est assez facile, car ces agents poussent sur des milieux simples à la température de la chambre.

Chaque cas d'éruption dysidrosique des mains, y compris la simple desquamation lamelleuse sans phénomènes inflammatoires particuliers, demande un examen soigneux de la peau des plantes et des espaces interdigitaux des pieds indépendamment des plaintes des malades. Les données mycologiques et expérimentales, en particulier le cas de pénétration du champignon dans les poils d'un animal d'expérience, incitent à approfondir les travaux en vue d'une caractéristique plus précise du groupe des épidermophytons, de leurs rapports avec les trichophytons, etc. La connaissance de la nature mycosique d'un grand nombre d'affections cutanées de plantes et des espaces interdigitaux des pieds permet de prendre toute une série de mesures prophylactiques pour les téguments des régions mentionnées, tant d'ordre public que personnel. Les mesures du premier ordre sont l'observation des règles d'hygiène aux bains et douches, dans les buanderies, les habitations communes, etc.; les mesures du second ordre sont la consultation médicale précoce, le traitement régulier, le contrôle rigoureux et durable après guérison apparente, l'observation d'une hygiène personnelle stricte de la peau, des extrémités, etc. Le principe fondamental du traitement de l'épidermophytie des pieds consiste en une grande prudence, en l'individualisant chaque fois, car malgré la nature infectieuse de la malade, on risque de provoquer une eczématisation du foyer primitif et des éruptions allergiques. BERMANN.

La morbidité cutanée dans le Caucase du Nord en 1927-1932, par A. W. ZASLAWSKY. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 8, 1933, pp. 553-563.

Cette étude a porté sur les affections cutanées ayant entraîné une incapacité temporaire de travail pour les ouvriers travaillant dans diverses industries. Les conclusions qui en découlent sont les suivantes : D'après leur fréquence respective, les maladies de la peau observées en 1927-1932 dans les principales industries du Caucase du Nord, constituent 15,3 o/o de la morbidité générale; les affections pyodermiques à elles seules comptent pour 12,5 o/o. Les pyodermites frappent surtout les industries de la houille, du ciment et du verre; le moins, celle du tabac. La fréquence des affections pyodermiques oscille dans les mêmes industries selon les années, mais elles ont été le plus fréquemment observées en 1929-1930. La durée moyenne d'un cas de pyodermite dans les industries étudiées a été de 8,5 jours en 1927 et de 8,8 jours en 1932. D'après les formes les maladies cutanées se répartissent ainsi : affections pyodermiques, 50,7 o/o, furonculose, 35,9 o/o, eczéma, 2,6 o/o, autres dermatoses, 10,8 o/o. La furonculose est surtout fréquente dans l'industrie houillère (46,25 o/o) et du naphte (41,67 o/o). D'après la fréquence des dermatoses en général, les industries se répartissent ainsi : celle du ciment (48,09 o/o), du verre (44,04 o/o), de la houille (41,07 o/o), chimique (23,98 o/o), des métaux (23,7 o/o). D'après l'incapacité temporaire de travail pour cause de furonculose, les industries se classent ainsi :

celle de la houille (18,99 o/o), du ciment (14,12 o/o), du naphte (8,75 o/o) et des métaux (8,45 o/o). D'après la fréquence des pyodermites ayant provoqué une incapacité temporaire de travail, les industries se classent ainsi : celle du verre (27,8 o/o), du ciment (24,15 o/o) et de la houille (18,4 o/o), du bâtiment (13,34 o/o). Quant à la durée des affections, l'eczéma occupe la première place avec 12 jours et les phlegmons, furoncles et panaris, la deuxième avec 8 jours. La fréquence des pyodermites dénote une organisation défectueuse du travail au point de vue hygiénique et sanitaire et une prophylaxie insuffisante au point de vue médical. La statistique des affections cutanées doit être améliorée et unifiée, car sans cela l'étude en devient inexacte, disparate et même embrouillée. Dans 50,7 o/o des affections cutanées c'est le chirurgien qui a affaire aux malades à cause des furoncles, abcès et phlegmons, c'est pourquoi le dermatologiste doit travailler de concert avec ce spécialiste afin d'étudier, de prévenir et de combattre la morbidité cutanée professionnelle dans les diverses industries. BERMANN.

Les maladies vénériennes à Samara et la lutte contre elles pendant la première période quinquennale, par B. A. ELMANN. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1933, pp. 563-568.

L'auteur fait un essai de statistique des maladies vénériennes à Samara durant les années 1928-1932. La ville de Samara a augmenté sa population de 190.000 en 1928 à 260.000 en 1932. Le taux de la syphilis a diminué de 4,02 o/oo en 1928 à 2,06 o/oo en 1932. C'est surtout la syphilis primaire qui a diminué pendant ce temps, mais le nombre des formes secondaires actives n'a pas changé, ce qui dénote une consultation précoce des malades. Quant au mode de contagion, on constate une diminution des cas transmis par la voie extra-génitale et congénitale, tandis que ceux dus à l'infection d'origine génitale vont en augmentant. La syphilis infantile a passé de 0,52 o/oo en 1928 à 0,13 o/oo en 1932.

La blennorragie a également subi une diminution de 7,25 o/oo en 1928 à 5,25 o/oo en 1932. La blennorragie aiguë a augmenté aux dépens de la blennorragie chronique ce qui témoigne du fait que les malades consultent plus souvent à la période aiguë. La blennorragie infantile a diminué de 0,11 o/oo en 1928 à 0,05 o/oo en 1932.

Quant aux sources d'infection des hommes, on constate tout d'abord que le rôle de la prostitution a énormément diminué (37,5 o/o en 1928 et 8,5 o/o en 1932). La contagion due aux sources occasionnelles a également diminué pour les 2 sexes, ce qui prouve une certaine prudence dans les rapports sexuels qui se montre de la part des hommes et des femmes.

L'augmentation du nombre des dispensaires antivénériens et des médecins qui y travaillent, l'hospitalisation des formes contagieuses, la lutte contre la prostitution et le chômage des femmes, ainsi que les soins rationnels prodigués aux malades sont autant de mesures qui contribueront toujours et davantage à l'abaissement ultérieur de la morbidité vénérienne. BERMANN.

Quelques données sur la rationalisation de la thérapeutique dermatologique, par A. I. Mestchersky. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1933, pp. 581-584.

Tout d'abord, l'auteur s'arrête sur l'abondance extraordinaire des divers médicaments employés pour le traitement externe des dermatoses, médicaments portant les noms les plus variés, mais ayant souvent les mêmes propriétés physico-chimiques et thérapeutiques.

Se basant sur une longue et riche pratique dermatologique (35 ans), l'auteur essaie d'apporter une rationalisation dans les diverses préparations, principalement, les poudres, les pâtes, les compresses, les solutions.

Les poudres contenant, par tradition, de l'oxyde de zinc et du sous-nitrate de bismuth, ne sont pas supérieures à d'autres ne contenant pas ces substances chères. Elles peuvent avantageusement être remplacées par du talc ou l'argile blanche, car l'action des poudres est purement physique, absorbante, décongestive, rafraîchissante. Les poudres d'origine minérale sont plus desséchantes et conviennent mieux à une peau grasse ou siège de transpiration. Les poudres végétales, telles que l'amidon et le lycopode sont plus indiquées pour les peaux sèches, délicates.

Pour les pâtes et les pommades, il n'y a pas besoin absolu d'employer, comme excipient, le mélange de lanoline et de vaseline. Le même effet peut être obtenu si on le remplace par le naphtalan.

Quant aux compresses et aux lotions, la qualité des solutions ne joue pas de rôle dominant. Ce qu'il importe surtout, c'est l'obtention de l'humidité chaude dans les compresses et de l'humidité froide dans les solutions et épithèmes. Les compresses ne doivent pas dépasser la surface de la région cutanée malade, être humides, avoir un grand nombre de couches, la toile gommée doit légèrement dépasser le foyer atteint et la surface saine doit être protégée par une pommade inerte. Bermann.

Sur la trichophytie d'origine animale, par P. D. Jouchkov, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), n° 8, 1933, pp. 595-600.

L'auteur a observé quelques épidémies et endémies de trichophytie d'origine animale dont il rapporte trois descriptions démonstratives.

I. — Lors de son travail dans un district de la République Bachkire en 1931, l'auteur a observée une épidémie de trichophytie frappant la peau glabre des paysans adultes. L'affection a atteint 15 o/o de la population. D'autres paysans avaient déjà été atteints de cette maladie avant l'arrivée de l'auteur. L'étude bactériologique a montré 17 cultures de trichophytons : *trich. ectothrix fav. all.*, 9 ; *trich. gypseum*, 4 ; *trich. ectothriz fav. ochrac*, 2 et *trich. niveum*, 2 ; soit des dermatomycètes d'origine animale prouvant que la population a été infectée par le gros bétail, chevaux et vaches. C'est le *tr. gypseum* ou *felineum* qui se rencontre le plus souvent en Russie parmi les trichophytons parasitant les chiens, chevaux et autres animaux domestiques.

II. — En 1932, l'auteur a observé des cas de trichophytie parmi des

paysannes soignant les veaux d'une coopérative de la région de Perm. L'examen des veaux incriminés a montré la présence de trichophytie chez ces animaux qui ont transmis cette maladie aux paysannes et à leurs enfants.

III. — En 1932 également, l'auteur a observé une épidémie de trichophytie chez des vaches d'une coopérative rurale de la région de Perm. Dans ces 2 dernières épidémies il a isolé les cultures des *tr. album, ochraceum rosaceum* et *gypseum*. Les animaux ont donc transmis la trichophytie aux hommes, puis la contagion s'est faite d'homme à homme.

L'auteur conclut que la lutte contre ces épidémies doit consister en une éducation sanitaire de la population sur le danger de l'affection, la protection des personnes soignant le bétail par des vêtements appropriés, les soins de propreté méticuleux, le traitement énergique de la trichophytie animale et humaine, l'isolement du bétail atteint et son traitement adéquat. BERMANN.

Le traitement de la gale selon la méthode du professeur Démianovitch, par PLOTKINA, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), n° 8, 1933, pp. 600-601.

L'auteur rapporte 738 nouveaux cas de gale traités par la méthode de Démianovitch à l'Institut Vénérologique d'Etat (à Moscou) de février à mai 1933. Ces malades se répartissent ainsi : 175 hommes, 245 femmes et 318 enfants. L'âge des malades a varié de 8 à 60 ans. La durée de la maladie variant de quelques jours à plus d'un mois. 99 cas étaient compliqués de pyodermite et d'eczéma, mais ils n'ont pas constitué de contre-indication au traitement par l'hyposulfite de soude et l'acide chlorhydrique. Sur tout ce nombre de malades, il n'y eut que 10 récidives, encore s'expliquent-elles par une technique défectueuse que les malades, principalement les enfants, s'appliquaient eux-mêmes. L'auteur ne note presque pas de complications, si l'on ne compte pas quelques cas de dermatites bénignes et passagères.

Les conclusions de l'auteur se résument ainsi : la méthode du professeur Démianovitch est préférable à d'autres par sa rapidité, son innocuité, sa commodité (pas besoin de pommades, de savons, pas de détérioration dn linge), son économie et sa simplicité. BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



(Photo Isabey)

PAUL RAVAUT
(1872-1934)

Paul RAVAUT

(1872-1934)

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine

Une fois encore la Dermatologie et la Syphiligraphie françaises viennent d'être cruellement éprouvées par la mort prématurée d'un de leurs plus éminents représentants. Le 4 novembre 1934, Paul Ravaut était emporté, après quatre jours de maladie, à l'âge de 62 ans.

Sa silhouette restée si jeune, son activité tant dans son service que dans son laboratoire et en clientèle, l'importance et le nombre des travaux originaux qu'il ne cessait de publier, ne permettaient pas de croire, que dans trois ans déjà devait sonner pour lui l'heure de la retraite et de l'abandon de ses fonctions hospitalières. Cette date, que le destin ne lui aura pas laissé atteindre, ne devait pas, d'ailleurs, dans son esprit, marquer l'époque de l'inactivité. Dans une conversation récente, celui qui fut le premier de mes maîtres et à qui je dois toute mon orientation médicale, me parlait de diverses recherches en cours qui devaient, pensait-il, nécessiter plus de temps que celui qui le séparait de la retraite. Je lui avais dit quelle serait ma joie de lui ouvrir alors mon service et mon laboratoire, dans cet hôpital Saint-Louis où je devais devenir dans quelques semaines son collègue et où la destinée me fait lui succéder. Il avait accepté mon offre. Nous avions fait le projet d'utiliser ces trois années pour reprendre, de suite, une collaboration interrompue par les vicissitudes de la vie hospitalière et dont le début remontait à près de 25 ans, lorsque, dans ce même hôpital, il était l'assistant de Georges Thibierge, dont j'étais l'interne, après en avoir été, grâce à lui, l'externe.

Le renom et l'autorité scientifiques de Paul Ravaut étaient depuis longtemps universels. Il est de ceux qui, quoique n'appartenant pas au corps enseignant de la Faculté de Médecine de Paris, même au titre d'agrégé, sont, comme Brocq, Darier, Thibierge, pour ne citer que quelques noms de dermatologistes et de syphiligraphes, parmi les plus éminents représentants de la science médicale fran-

çaise et parisienne et reconnus comme tels partout hors de nos frontières. On le vit bien lors des fêtes et des réunions scientifiques données à Paris à l'occasion du centenaire d'Alfred Fournier, en 1932, qui furent non seulement un hommage mondial rendu à Fournier et à son œuvre, plus spécialement dans le domaine de la syphilis nerveuse, mais aussi à Ravaut qui, dans le même domaine, avait su donner à l'œuvre de son devancier, grâce à sa géniale compréhension de la valeur des méthodes biologiques appliquées à l'étude de la neurosyphilis, une ampleur que celui-ci n'avait même pas pu soupçonner. C'est en effet cette conception éminemment moderne et fructueuse de l'importance de l'application des sciences biologiques et expérimentales, dont Paul Ravaut a été un des initiateurs, sinon le premier, en syphiligraphie et en dermatologie, qui inspire et caractérise toute son œuvre, mais comme le répétait le parfait clinicien qu'il était, sans lui avoir jamais fait oublier que l'examen et l'analyse cliniques restent les bases intangibles sur lesquelles s'appuient toutes les recherches complémentaires.

Je ne puis mieux faire que de transcrire ici, en manière d'illustration de sa profession de foi scientifique, les paroles mêmes qu'il prononçait, en prenant, le 11 juin 1931, la présidence de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

« En ces dernières années les sciences biologiques et expérimen-
« tales ont singulièrement agrandi le domaine de la médecine et
« plus particulièrement celui de notre spécialité dermato-syphili-
« graphique. Bien plus, c'est la dermatologie qui a fourni le terrain
« et la matière de ces nouvelles recherches et a ainsi largement
« contribué au développement scientifique actuel. Grâce aux études
« biologiques nous venons de traverser une période de trente ans
« d'une extraordinaire fécondité : nous avons vu naître toute l'his-
« toire parasitologique de la syphilis, les réactions humorales,
« cytologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien ; en matière
« de vénéréologie à la suite des beaux travaux de Nicolas et de
« Favre nous sommes amenés à une révision complète des bubons
« inguinaux et c'est par la biologie que vraisemblablement se
« dénouera la question ; en dermatologie enfin, la découverte de
« l'anaphylaxie, la connaissance des phénomènes de sensibilisation,
« l'étude des diverses réactions cutanées et humorales provo-
« quées expérimentalement chez le malade, certains actes de bio-

« tropisme, nous ramènent par une autre voie à l'humorisme de « nos pères, celui de l'école française. Aussi ses représentants qui « se trouvaient à Copenhague, l'année dernière, ont-ils eu le plai- « sir de constater le succès que ces notions avaient remporté à « l'étranger. Pour ces études, sans cesse mouvantes, le dermatolo- « giste est bien placé : sur le tégument cutané viennent se refléter « nombre de perturbations humorales dont nous pouvons ainsi « saisir l'existence; nous pouvons étudier à loisir les lésions, les « biopsier, les reproduire quelquefois et souvent, heureusement « pour le malade, constater l'heureux effet de la thérapeutique. « Nous devons savoir profiter de tous ces avantages pour grossir et « développer l'héritage scientifique de nos prédécesseurs. Le méde- « cin doit être doublé d'un biologiste et pour le mieux compren- « dre, relisez Bazin, relisez, dans les dernières leçons cliniques de « Brocq, les pages admirables qu'il a consacrées aux réactions « cutanées, aux lésions secondes, et vous saisirez l'accord parfait « qui existe entre ses prévisions pathogéniques basées sur la seule « étude clinique et les données actuelles de la biologie.

« Mais si les progrès de la médecine nous poussent à étudier le « malade sous ces angles différents, nous ne devons jamais oublier « que l'examen et l'analyse cliniques doivent rester les bases intan- « gibles d'où partiront toutes les recherches complémentaires ; « hier, c'étaient l'anatomie pathologique et la bactériologie qui lui « apportaient leur contribution, aujourd'hui c'est la biologie, « demain ce sera vraisemblablement l'étude des processus physico- « chimiques s'élaborant au sein de nos humeurs et de nos tissus. « Il faut souvent résister pour ne pas se laisser uniquement capti- « ver par l'une de ces méthodes car elles ne doivent être que les « accessoires de la clinique. Sachons user de toutes avec discerne- « ment, avec esprit critique et efforçons-nous de rester toujours « des cliniciens, de judicieux observateurs avant tout ».

Paul Ravaut était né à Saint-Cloud, le 2 août 1872. Il fit de brillantes études secondaires classiques d'abord au Lycée de Vanves, puis au Collège des Jésuites de la rue de Vaugirard. Il fut nommé, en 1893, externe, et, en 1897, interne des Hôpitaux de Paris. Lauréat du Concours des Prix de l'Internat en 1901, il passait la même année sa thèse de Doctorat consacrée au cytodiagnostic et était nommé Médecin des Hôpitaux de Paris en 1907. Assistant de

Georges Thibierge à Broca, il fut ensuite son assistant, puis celui de de Beurmann à Saint-Louis, remplaçant l'un et l'autre pendant les vacances. Au retour de la guerre, en 1919, il fut nommé médecin chef de service à l'Hôpital Broca qu'il quitta en 1922, pour prendre la direction de l'important service de l'Hôpital Saint-Louis où la mort l'a frappé.

En 1929, il était élu membre de l'Académie de Médecine.

Paul Ravaut fut l'élève en médecine générale de Widal et de Chauffard, en dermato-syphiligraphie de Georges Thibierge, en microbiologie d'Emile Roux.

En médecine générale, il crée avec Widal, en 1900, la technique du *Cytodiagnostic*, méthode qui est, depuis cette époque, dans le monde entier, d'usage quotidien et dont on n'imaginerait pas qu'on puisse se passer. On sait toutes les applications pratiques qui en résultèrent pour l'étude clinique des humeurs de l'organisme, en particulier celle des liquides pleuraux et surtout celle du liquide céphalorachidien, commencée avec Sicard et dont Ravaut devait faire une si belle application à l'étude de la syphilis nerveuse, en créant de toutes pièces une sémiologie nouvelle de celle-ci. On lui doit encore en médecine générale des études importantes sur les pleurésies, les liquides articulaires, les commotions de guerre, les phlébites, la plupart des maladies infectieuses.

Ses recherches sur *l'amibiase* et le *paludisme* méritent une mention spéciale. Entreprises pendant la guerre, elles avaient eu pour conclusions d'importants progrès dans la sémiologie et le diagnostic de ces deux infections, mais surtout dans leur traitement. Rapprochant ces deux infections chroniques de la syphilis, Ravaut a montré qu'elles sont, comme celle-ci, justiciables de traitements méthodiques prolongés par des médications mixtes, dont il avait codifié la technique, et qui sont devenus classiques.

Les grands services rendus à l'armée par Ravaut qui fut, au cours de la guerre, mobilisé dans une ambulance du front pendant près de deux ans avant d'être appelé à la direction du centre des Paludéens de Marseille, lui avait valu successivement la Croix de Guerre (1915), la Croix de Chevalier (1917) puis celle d'Officier (1923) de la Légion d'Honneur, à titre militaire.

En vénéréologie, Ravaut a décrit l'*anite chancrelleuse*, avec Benjamin Bord. Il a publié de nombreux travaux sur le diagnostic et le traitement de la *chancrelle* et de la *gonococcie* dans ses formes septicémiques et généralisées, en particulier le rhumatisme gonococcique, sur le traitement général des *gangrènes génitales*. Dans ces dernières années, il s'était attaché, en particulier avec Rabeau, à l'étude clinique biologique et thérapeutique de la *maladie de Nicolas-Favre, ou poradénolymphite*, dans ses diverses formes cliniques. Son étude expérimentale de la maladie de Nicolas-Favre, poursuivie avec Levaditi, Lambling, Cachera, est un des travaux les plus importants de ceux qui ont permis d'écrire l'histoire naturelle de la maladie découverte et individualisée par les deux maîtres de l'Ecole lyonnaise. Ravaut est un de ceux qui ont le plus contribué à démontrer l'étendue du domaine de la maladie et, en particulier, à prouver avec Jersild et Frei, que l'esthiomène vulvaire et le plus grand nombre des cas de rectite hypertrophique et sténosante ne sont que des localisations particulières de la maladie de Nicolas-Favre. On lui doit la découverte d'une réaction biologique de diagnostic de la maladie, l'hémo-réaction, par injection de produits granulomateux par voie veineuse, réaction souvent positive, quand la réaction de Frei se montre négative.

En dermatologie, Ravaut, guidé par les idées générales que j'ai rappelées ci-dessus, a surtout étudié *les troubles humoraux au cours des dermatoses*, *l'étiologie et la pathogénie des dermatoses* en mettant au premier plan l'*étude des facteurs généraux et spécialement celle du terrain* et enfin *le traitement des dermatoses par les thérapeutiques internes*. A propos des médications internes appliquées au traitement des dermatoses, il aimait à répéter que l'exemple de la syphilis, de la diphtérie, des mycoses, de nombreuses affections cutanées d'origine parasitaire, montre que les traitements externes autrefois si importants dans ces maladies doivent être souvent relégués au second plan. Il en est de même *a fortiori* pour les dermatoses qui sont l'expression et la manifestation cutanée d'une infection générale, d'une infection locale interne, d'un trouble humoral ou d'une perturbation fonctionnelle d'un ou de plusieurs organes internes.

Les plus importantes des recherches de Ravaut dans ce domaine

sont celles qui concernent *les phénomènes de sensibilisation et de désensibilisation en dermatologie.*

Dès 1913, il avait montré tout l'intérêt de l'*autohémothérapie en dermatologie* et ses premières publications donnèrent à cette méthode l'importance qu'elle s'est acquise aujourd'hui, aussi bien en dermatologie qu'en médecine générale.

Au retour de la guerre, Ravaut, s'appuyant sur les travaux de Charles Richet et de Maurice Arthus sur l'anaphylaxie et ceux de Fernand Widal et de son école sur les phénomènes de colloïdoclasie humorale et cellulaire, poursuit ses recherches sur *les phénomènes de sensibilisation et de désensibilisation en dermatologie* qui fait l'objet de son rapport au Congrès des Dermatologistes de langue française, tenu à Strasbourg en 1923. La diffusion des grandes vérités est si rapide que les idées avancées et exposées dans ce rapport, combattues à cette époque par un grand nombre de savants, sont maintenant universellement admises, dans ce qu'elles représentent d'essentiel, et par ceux-là même qui les avaient contestées. On connaît d'autre part toutes les nombreuses applications d'ordre thérapeutique qui en dérivent.

Si presque tout le monde est d'accord maintenant sur l'origine humorale de nombreuses dermatoses et sur l'importance des phénomènes de sensibilisation humorale ou cellulaire dans leur éclosion, on discute encore sur leur origine et leur mécanisme. Ravaut a essayé de montrer que les maladies infectieuses jouent un très grand rôle pour préparer le terrain sur lequel évoluera le déséquilibre humoral ou le trouble cellulaire provocateur de ces affections. Il a montré que deux d'entre elles surtout doivent être placées au premier plan : la tuberculose et la syphilis surtout héréditaire. Il a donné de nombreux arguments en faveur de cette théorie et les résultats des thérapeutiques basées sur ces notions confirmaient à ses yeux l'importance de ces faits.

La contribution originale apportée par Ravaut à la solution des *problèmes étiologiques et pathogéniques des diverses variétés de la tuberculose cutanée* ainsi qu'à leur *sémiologie* et à leur *thérapeutique* est une partie importante de son œuvre. Dès 1899, avec Thibierge, il apportait la preuve de la nature tuberculeuse de l'érythème induré de Bazin, en obtenant par inoculation la tuberculisation du cobaye, notion devenue classique aujourd'hui. Depuis, il

n'avait cessé d'étudier ces questions et dans ces dernières années, il apportait toute une série d'observations démontrant tant par l'inoculation du sang des malades aux cobayes ultérieurement traités selon la méthode de Nègre et Valtis que par une étude critique des intradermo-réactions au virus filtrant tuberculeux, le rôle important joué par cette forme du virus tuberculeux dans la genèse des diverses variétés de tuberculides et même dans celle de dermatoses, comme certains parapsoriasis, dont l'origine tuberculeuse était considérée comme douteuse ou même était niée.

Ravaut, poursuivant et complétant en France, avec ses élèves Basch, Rabeau, Laroche, les recherches inaugurées à l'étranger, en particulier par Jadassohn et Bruno Bloch, sur les réactions humorales des sujets atteints d'affections mycosiques, a apporté une contribution de premier plan à l'étude de ces maladies. Ses travaux sur les lésions parakératosiques apparues soit spontanément, soit à la suite d'injections de levurine chez les sujets atteints d'intertrigo à levures, lésions auxquelles il a donné le nom de *levurides*, sont actuellement classiques et peuvent passer pour des exemples parfaits des clartés que peut projeter sur des problèmes de pathologie obscurs ou complexes, l'association des méthodes cliniques et des méthodes biologiques et expérimentales, lorsqu'elles sont utilisées par un esprit imprégné de la véritable méthode scientifique. Les études de Ravaut sur les levurides, manifestations secondes sur les téguments, d'une lésion primaire siégeant elle aussi sur la peau, ont été le point de départ de recherches encore en cours et non achevées sur d'autres dermatoses, sur les parakératoses en général, sur le psoriasis, sur le parapsoriasis, etc. P. Ravaut a montré, à leur propos, que si dans un certain nombre de cas le foyer initial siège, en effet, sur la peau, il est très vraisemblable que, bien plus souvent, il siège dans l'intimité même de l'organisme ou dans le tube digestif, les viscères, etc. On conçoit l'importance théorique et pratique de cette conception et la voie féconde qu'elle ouvre pour les recherches futures.

Considérant que le but du médecin est avant tout de guérir, Ravaut a multiplié les essais de *thérapeutique dermatologique* ne se contentant d'ailleurs pas d'étudier les thérapeutiques internes, malgré la prédilection qu'il manifestait pour elles. Il fut constamment dans ce domaine un novateur. Parmi les méthodes que nous

lui devons ou qu'il a considérablement perfectionnées, je citerai : *l'autohémothéropie; l'emploi de l'hyposulfite de soude par voie buccale et intraveineuse ; les hautes doses de cacodylate de soude par voie veineuse ; la cure de déchloruration dans les dermatoses suintantes ; les injections intraveineuses de la solution de lugol dans le traitement de certaines mycoses et surtout du kérion ; le traitement des tuberculides et du lupus érythémateux par le novarsénobenzol; le traitement du psoriasis par l'insuline ; le traitement de diverses dermatoses de sensibilisation par l'anesthésie générale ; le traitement du lichen plan et des prurits par la ponction lombaire;* d'autres encore. Il était un partisan des agents physiques en dermatologie et parmi ceux dont il a perfectionné les techniques, ou préconisé le premier l'emploi dans de nouvelles indications, il faut citer : l'*air surchauffé*, la *diathermo-coagulation*, l'*autodermothérapie*.

Si grande qu'ait été l'œuvre de Ravaut dans les domaines que nous venons d'étudier, elle est plus importante encore en Syphiligraphie. La médecine doit tout d'abord à Ravaut la conception, si riche de conséquences pour la thérapeutique et la prophylaxie, de la *neurosyphilis latente ou inapparente*, et les moyens de dépister celle-ci par l'étude systématique du liquide céphalorachidien, dont il a le premier montré l'absolue nécessité et fixé les techniques.

Commençant en 1900 par l'étude cytologique du liquide céphalorachidien d'un groupe de syphilitiques, Ravaut n'a jamais cessé depuis d'approfondir ce problème dont il a présenté la synthèse dans un admirable livre paru cette année même sous le titre *Une nouvelle syphilis nerveuse*. Trois grandes étapes jalonnent l'étude de la syphilis nerveuse : une première, anatomique ; une seconde, clinique débutant vers 1880, œuvre, avant tout, d'Alfred Fournier ; une troisième biologique, inaugurée par Ravaut en 1900. Bien d'autres que lui, dans le monde entier, apporteront, au cours de ces 34 années, leur pierre à l'édifice, la question étant de trop grande importance pour qu'il en puisse être autrement, mais Ravaut, qui en avait été l'initiateur, en sera resté jusqu'à sa mort l'animateur et le principal artisan. De 1900 à 1903, il a étudié avec soin un grand nombre de malades aux diverses périodes de la syphilis. En 1903, il montre par la publication de sa première statistique la

fréquence de ces atteintes nerveuses absolument latentes, sans signes cliniques, se rencontrant, dès la période secondaire de la syphilis chez 68 o/o des malades. En 1914, après onze ans de recherches patientes, il décrit *la période préclinique de la syphilis nerveuse*, qui représente la notion la plus pratique de cette étude car elle démontre qu'avant de se révéler cliniquement, la plupart des syphilis nerveuses sont précédées de réactions du liquide céphalo-rachidien. En outre, des observations plus nombreuses et plus prolongées, lui permettaient de constater qu'à côté de cette syphilis nerveuse préclinique, il existe une autre forme également latente qui peut guérir après plusieurs années d'évolution cachée sans jamais se trahir extérieurement et uniquement décelable par l'existence de réactions parfois très intenses du liquide céphalorachidien *la syphilis nerveuse latente.* Ces deux groupes de faits constituent l'ensemble de la neurosyphilis latente ou inapparente dont le domaine est beaucoup plus grand que celui de la neurosyphilis clinique et dont la majorité des cas resteraient ignorés sans l'analyse du liquide céphalorachidien. Ces faits ne sont pas uniquement d'un intérêt doctrinal, ils sont surtout d'une grande importance pratique. C'est de leur étude que Ravaut avait tiré les conclusions concernant les règles de l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, et il avait montré que leur connaissance permet seule d'instituer méthodiquement la prophylaxie de la syphilis nerveuse et, dans l'avenir, d'espérer aussi sa disparition. Ces notions sont tellement classiques chez les syphiligraphes qu'il serait sans objet de vouloir dans ces *Annales* insister davantage à leur sujet.

C'est pour enrichir la sémiologie du liquide céphalorachidien des syphilitiques qu'il n'avait cessé de perfectionner et de multiplier les techniques d'examen. On lui doit de nombreuses méthodes nouvelles : méthodes d'étude cellulaire, méthodes de coloration post-vitale et vitale, méthode de dosage précis de l'albumine, etc.

C'est dans le but de rendre plus aisée et exempte de tout inconvénient cette analyse systématique du liquide céphalorachidien qu'il avait, dans ces années récentes, fait d'importantes recherches sur la ponction cisternale ou sous-occipitale. Il l'avait adoptée et il la préconisait en remplacement de la ponction lombaire.

Ravaut a apporté, de plus, de nombreux perfectionnements aux

méthodes de traitement de la syphilis. On lui doit la *technique des injections dites concentrées de novarsénobenzol*, presque exclusivement employée depuis et qui a révolutionné l'arsénothérapie intraveineuse, lors de son apparition. Il faut avoir connu les difficultés pratiques des injections veineuses de solutions très diluées de 914, pour se rendre compte du rôle joué dans la diffusion de l'arsénothérapie par cette modification de technique et les services ainsi rendus par Ravaut à la cause des traitements actifs et à celle de la prophylaxie de la syphilis. Dès 1911, P. Ravaut montra les inconvénients et même les dangers de l'emploi exclusif des arsénobenzènes dans le traitement des syphilitiques. Il montra la *valeur des traitements mixtes conjugués*, associant le mercure et les arsénobenzènes. Après l'introduction des sels de bismuth en syphilithérapie, il adopta, au même titre que l'association arsenic-mercure, l'association arsenic-bismuth. Les méthodes mixtes de traitement antisyphilitique rallient à l'heure actuelle la majorité des syphiligraphes.

Ce serait de beaucoup dépasser le cadre de cet article que de vouloir seulement énumérer tous les autres travaux consacrés par Ravaut à la syphilis. Nous signalerons toutefois encore parmi les plus importants ses *recherches microbiologiques*, la démonstration donnée par lui pour la première fois, en 1906, avec Ponselle, de la *présence du Tréponème dans les méninges et dans le sang* de deux jeunes hérédosyphilitiques, l'*inoculation des lésions syphilitiques humaines au macaque* avec Thibierge et Burnet, en 1905 et 1906, l'*arséno-résistance* décrite pour la première fois en syphilis humaine, en 1910, avec Weissenbach, et, avec Weissenbach aussi, en 1911, *les accidents généraux d'intolérance observés au cours de l'arsénothérapie intraveineuse.* Les premiers, en effet, nous avons montré que ces troubles, considérés à l'époque comme étant de nature toxique, c'est-à-dire dépendant de l'intoxication chimique proprement dite, devaient être soigneusement distingués des manifestations de l'intoxication au sens strict du mot, car ils n'en présentent pas les caractères, mais offrent au contraire des caractères différents et même opposés, dont nous avons donné une énumération et une description détaillée. Nous avions alors rapproché ces accidents des phénomènes du choc anaphylactique et du choc peptonique des physiologistes. Deux ans plus tard, en faisant

la grande découverte des phénomènes de colloïdoclasie, en décrivant et en définissant la crise hémoclasique et le choc colloïdoclasique, Widal, Abrami, Joltrain et Brissaud démontraient que les accidents de cet ordre sont bien d'une essence différente des accidents toxiques et qu'ils constituent, avec bien d'autres réactions de l'organisme, un vaste groupe de manifestations morbides dont les accidents anaphylactiques ne sont qu'une des modalités. On sait l'importance et l'extension qu'a prise en pathologie cette distinction entre accidents d'intoxication et accidents d'intolérance depuis les beaux travaux que Tzanck leur a consacrés. Ravaut aimait à rappeler que, dans cette voie de recherches, il avait été aussi un précurseur.

On voit par cet exposé, qui n'a voulu rappeler que l'essentiel de l'œuvre de Paul Ravaut, combien celle-ci est importante et combien grand fut le rôle dé Ravaut dans les progrès réalisés par la science médicale contemporaine, spécialement en dermatologie et en syphiligraphie. J'ai suffisamment parlé des idées générales qui furent les guides de Ravaut pour n'avoir pas besoin de revenir sur elles. Mais il est nécessaire, pour tracer du savant qu'il était, un portrait exact, d'ajouter encore quelques traits. Si son œuvre est si solide et si riche de conséquences, c'est qu'il appliquait à la recherche clinique, inspirée par ses idées générales, les règles les plus rigoureuses de la méthode expérimentale. Si l'imagination orientait son esprit en lui révélant des aspects nouveaux des problèmes à résoudre, il ne se laissait pas entraîner à considérer comme vérité démontrée ce qui n'était qu'hypothèse de travail, pas plus qu'à construire sur des bases incertaines des synthèses séduisantes, mais trop vastes, fragiles ou prématurées. Il n'avançait rien, qu'il ne l'eut vérifié à plusieurs reprises ou confirmé par un faisceau de preuves convergentes. Il se montrait en cela le véritable disciple du médecin et savant génial que fut Fernand Widal, dont le rôle fut si décisif dans l'orientation de la médecine contemporaine. Si, Ravaut a pu, malgré sa fin prématurée, édifier une œuvre si riche, si nombreuse et d'une telle envergure, c'est que le travail était sa grande passion. On peut dire, sans exagérer, qu'il a consacré à ses travaux et à ses recherches tous les instants de sa vie. Alors qu'il était mon chef de conférences d'internat, je lui ai entendu raconter que, pen-

dant l'année 1900, les difficultés rencontrées dans la mise au point de la technique du cytodiagnostic appliqué aux liquides pleuraux (on sait que ces difficultés ne furent levées que par la découverte de la défibrination) absorbèrent si bien tout son temps, que l'Exposition Universelle ferma ses portes sans qu'il eût pu, une seule fois, s'y rendre. Lorsqu'il séjournait, du samedi au lundi, dans sa propriété de Triel, c'était pour méditer, avant de les rédiger, ses articles, ses rapports, ses livres, dans la contemplation de ce paysage aux grandes lignes harmonieuses de la vallée de la Seine, baigné de la lumière nuancée de l'Ile de France, dont ses œuvres transposaient, dans la pensée et dans le style, l'ampleur, l'équilibre et la clarté. Ravaut apportait le plus grand soin à la rédaction de ses articles, ses mémoires, ou ses livres. C'est en effet à ceux-ci, qui peuvent passer pour des chefs-d'œuvre de l'enseignement écrit, qu'il demandait de diffuser ses idées. Il pensait que ce mode d'enseignement est le plus utile, puisqu'il demeure, et qu'il a la plus grande portée, puisqu'il peut toucher partout et à tout moment tous ceux qui cherchent à s'instruire.

Ravaut fut un véritable chef d'école. Il savait communiquer à ceux qui furent ses élèves et ses collaborateurs, son ardeur au travail et son enthousiasme pour la recherche scientifique. Il leur donnait surtout, par son exemple quotidien, la plus fructueuse des leçons. Nombreux sont ceux qu'il associa à ses travaux et qui sont fiers de l'avoir eu pour maître. Je citerai Gastinel, Ferrand son assistant et Rabeau son chef de laboratoire, Basch, Boulin, Lambling, Célice, Janet, Huguenin, Bocage, Richon, Cochez, Cachera, Blondel, Wallich, Roucayrol, Cohen, Filliol, Didier Hesse, entre autres.

Au cours de cette étude, j'ai eu l'occasion de mentionner quelques-unes des hautes fonctions que Ravaut a exercées. Il était, en outre, membre de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère de la Santé publique, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, un des quatre conseillers techniques du Ministre de la Santé publique, médecin expert près des Tribunaux, membre du Conseil de l'Institut Pasteur.

Il fut vice-président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie de 1924 à 1931 et son président de 1931 à 1933.

Je ne saurais omettre qu'il fut de 1910 à 1928 le Rédacteur en

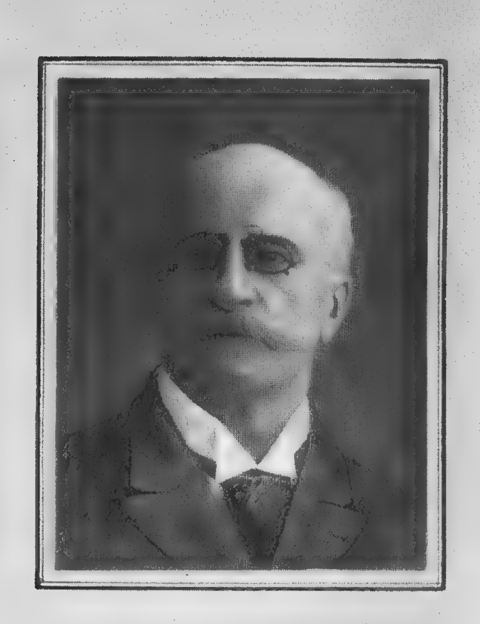
chef des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, consacrant à cette fonction une très grande part de son temps, car il voulait que cette Revue représentât brillamment en France et à l'étranger la dermatosyphiligraphie française.

Ce qui caractérisait au moral Paul Ravaut, c'étaient sa droiture et son amour profond de la simplicité. Sa modestie extrême avait d'autant plus de prix qu'il avait légitimement conscience de sa valeur. Il avait un abord qui paraissait froid, alors que celui-ci n'était que réservé, parce que Ravaut ne voulait donner sa confiance qu'à ceux qu'il en jugeait digne. A ses yeux, les plus grandes qualités étaient d'être travailleur, consciencieux, loyal. Ceux qu'il avait su apprécier et qui étaient devenus ses amis, ses élèves, ses collaborateurs pouvaient compter sur un dévouement sans borne, et ceux-là connaissaient, tous, pour en avoir, maintes fois, bénéficié, quelle était sa joie de leur rendre service, de les aider, de les conseiller dans toutes les circonstances difficiles de la vie.

J'ajouterai encore que Ravaut aimait les arts et surtout la gravure. Depuis un voyage en Extrême-Orient, qu'il avait fait pendant son internat, il gardait une prédilection pour les œuvres d'art de la Chine et du Japon et spécialement pour les estampes japonaises, dont il possédait de très belles épreuves. Un des premiers, il sut deviner le très grand artiste qu'est le peintre graveur Albert Decaris, dont il possédait, en particulier, une admirable série de lavis de son cher hôpital Saint-Louis, que Ravaut a légués au musée de celui-ci.

Le nom de Ravaut, au même titre que celui des plus grands de ses prédécesseurs à l'Hôpital Saint-Louis, demeurera attaché au nom de ce vieil hôpital. Bien qu'enlevé avant d'avoir parachevé son œuvre, Ravaut restera en effet aux yeux des générations futures comme un des meilleurs artisans du rayonnement mondial de l'Ecole dermatosyphiligraphique parisienne, que symbolise l'Hôpital Saint-Louis avec sa tradition séculaire.

R.-J. WEISSENBACH,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.



Charles AUDRY
(1865-1934)

Charles AUDRY

(1865-1934)

Le professeur Charles Audry s'est éteint le 16 octobre dernier, dans sa 70e année, quelques mois avant de prendre sa retraite universitaire.

L'école toulousaine, qu'il avait créée de toutes pièces, seul, en 40 ans d'efforts, perd son chef; la dermatologie française perd un de ses maîtres les meilleurs, et de la bonne époque. Il n'est pas possible d'emblée de mesurer l'étendue d'un tel deuil : aussi n'est-ce pas tant à définir la place considérable que le professeur Audry a longtemps tenue, qu'à évoquer en quelques traits la mémoire de ce que fut ce maître exceptionnel, que sont consacrées ces quelques lignes.

Dès le premier abord on était fixé sur la puissance de sa personnalité : il n'était pas nécessaire, au moindre des visiteurs, d'attendre beaucoup, à l'hôpital, à la Faculté, dans son cabinet, au cours d'une simple rencontre, pour s'apercevoir d'une supériorité de caractère et d'esprit qui éclatait dès le premier mot, avec une vivacité, heureuse ou âpre, qui donnait immédiatement le ton à la conversation ou à l'interrogatoire.

Pour ceux qui le connaissaient un peu plus, c'était un sujet d'étonnement, à chaque entretien, que de découvrir une nouvelle veine de sa curiosité inépuisable. Pour ceux enfin qui ont été de ses intimes, et bien qu'il ait toujours, par un mouvement imprévu, défendu quelque peu les abords d'une sensibilité délicate, si ce n'est ombrageuse, les qualités du cœur étaient à la hauteur de l'esprit, largement, malgré les sympathies et les antipathies délibérément affichées.

Et pour ceux-là qui l'ont longuement connu dans la plénitude de ses talents, et qui l'ont vu traverser de dures épreuves, nul plus que lui n'a donné l'impression certaine d'un équilibre inébranlable,

et d'une âme formée par les plus hautes disciplines et sûre de ses mouvements.

Son activité était infatigable. Erudit dans tous les domaines, passionné pour toutes les formes d'art, également fervent des visites aux boutiques des libraires, et des longues conversations aussi bien que des terrains de sport — au point d'avoir fondé, pourquoi ne pas le dire ? une des sociétés athlétiques les plus réputées du Midi — pratiquant avec la même allégresse les voyages lointains et les belles routes de France, il restait, malgré cette curiosité universelle, soumis, d'une âme religieuse, à la fois aux menues obligations comme aux grands devoirs de sa religion. Aussi avait-il apporté dans sa profession et dans son enseignement la même fougue, le même cœur, la même diversité de talents, la même ferveur.

Tous ceux qui l'ont vu lors des principaux Congrès français ou étrangers, dont il avait été un des fidèles, peuvent deviner combien cet homme d'autorité, robuste dans sa carrure magnifique, doué des meilleures qualités d'éloquence et du jugement le plus original et le plus sûr, avait pu séduire, dans sa chaire toulousaine, la longue suite d'élèves qu'il a formés pendant plus de 40 ans. Car c'est là, dans un cadre qui n'était certes pas à sa taille, dans son petit laboratoire mal plancheyé, et dans ses deux obscures salles de malades, que les dons du maître éclataient. Ses leçons cliniques, s'il était possible d'appeler ainsi des interrogatoires entrecoupés de monologues discontinus, bourrés de faits, d'idées, de « mots », improvisés avec une verve inégalable, attiraient et retenaient les jeunes étudiants, comme les élèves les plus anciens et bien des collègues étrangers à la dermatologie. Sans doute quelques-uns de ses meilleurs articles peuvent donnner un aperçu de l'entrain, du style, de la justesse de forme et de fond qui marquaient ce mélange de formules brèves, de développements suivis, souvent entremêlés de paradoxes : mais comment rendre l'impression de vie d'un enseignement où toutes les curiosités s'étaient donné rendez-vous ?

Les lecteurs de ces *Annales*, par la multiplicité des articles originaux, par la suite régulière des analyses de langue allemande, savent si la base d'un pareil enseignement était solide. Les amitiés, les controverses d'il y a 30 ou 40 ans, avec les maîtres de la dermatologie française — comment ne pas rappeler entr'autres, à ce propos, les noms de Brocq, Thibierge et Darier, si affectueusement

unis à notre maître ? — témoignaient mieux encore que les honneurs officiels, les délégations, les fonctions diverses, de l'estime des esprits les plus sûrs.

Sa contribution aux publications dermatologiques est immense, dans les domaines les plus variés. Pour se borner à celles où le rôle du précurseur est indéniable, rappelons ses études, devenues classiques sur le muguet (1887), sur les formes pustuleuses du mycosis fongoïde (1905-1906), sur l'importance primordiale du lupus des muqueuses (1896), sur l'eczéma séborrhéique (1893, 1894, 1899, 1904 *in Pratique Dermatologique*), sur la pachydermie vorticillée (1909), sur les leucémides — dont la conception et le mot sont partout adoptées (1901 et 1902) — sur le bouton des trayeurs (1900). Ses travaux sur la présence du bacille de Ducrey dans le bubon chancrelleux avant la suppuration (1895), sur le chauffage du chancre simple (1896), sur l'herpès annonciateur du chancre (1898), sur le rash préroséolique (1901), sur les grandes néphrites syphilitiques précoces (1900), sur la néphrite préroséolique (1914), sur les rapports de la syphilis avec certains cancers (1904-1924), sur la lymphite dorsale de la verge (1910), sont d'un vénéréologiste incontesté : toutefois en vénéréologie, il reste, pour tous, l'initiateur du traitement de la syphilis par la voie rectale (1906) et surtout, à l'époque où la thérapeutique menaçait brusquement de se réduire à la *therapia sterilisans magna*, il a attiré l'attention avec une justesse de vue dont beaucoup de praticiens et de malades se louent encore, sur les récidives de la syphilis traitée par les arsenicaux (1914) et sur la nécessité d'un traitement mixte.

Toujours dominé par le souvenir de son maître Renaut, de Lyon, il a sans cesse orienté son école vers l'histologie et l'anatomie pathologique : ses publications sur le nævocarcinome (1897), sur la nature épithéliale des cellules du nævus (1900), sur les cellules géantes épithéliomateuses (1900), sur les leucémides (1901), donnent une idée juste de ce souci et de sa maîtrise au microscope.

Pourtant cette œuvre magistrale, il la savait terminée. Sa puissance de vie surabondante — et pourquoi n'aurait-il pas, nous disions-nous, vécu presque centenaire, comme sa mère ? — ne le trompait pas. Par la difficulté avec laquelle il avait résisté il y a quelques années, à de nouveaux deuils, à des épreuves douloureuses, il se savait miné. Depuis quelques années il craignait d'être obligé d'aban-

donner sa chaire avant la retraite proche. Ce pressentiment, qui nous paraissait injustifié, l'avait éloigné peu à peu de toute grande activité, et réduit aux petites obligations d'hôpital ou de Faculté. Cela n'était pas croyable, même pour ceux qui voyaient en effet décliner ses forces.

Il devait, cet été, loin de nous tous, avec une résignation qui était sans doute la marque la plus sûre d'un épuisement insoupçonné, s'abandonner au point de laisser s'installer des phénomènes graves qui ont duré plusieurs mois. Nous avons eu la surprise, la stupeur de le retrouver à son retour dans un état tel que tout espoir d'amélioration était interdit.

En quelques jours nous avons vu ce maître incomparable qui avait été le symbole de l'effort et de l'énergie, céder sans lutte, sans force, sans souffrance.

Beaucoup de ses collègues, presque tous ses anciens chefs de clinique l'ont entouré à ses derniers moments. Peut-être est-ce pour sa famille une consolation que d'avoir ainsi pu recevoir un dernier témoignage de reconnaissance et d'affection. Nous tenons à renouveler ici ce témoignage au nom de ses élèves ; on le doit certes à celui qui fut un maître de premier plan.

A. Nanta.

TRAVAUX ORIGINAUX

Travail de la Clinique dermato-vénéréologique
de l'Académie militaire de médecine de Léningrad
(Directeur de la Clinique : professeur M. G. Mguebrow).

UN CAS DE PURPURA CHRONIQUE PUNCTIFORME KÉRATOSIQUE DES EXTRÉMITÉS

Par MM.

M. G. MGUEBROW
Professeur,
Directeur de la Clinique

et

A. A. KACHINSKI
Histologiste et assistant externe
de la Clinique

Vers le commencement de cette année un médecin s'est adressé à notre clinique pour consulter sur des taches pigmentées et des verrues, qui étaient disséminées sur les doigts, la paume des mains et la plante des pieds.

Le malade est âgé de 44 ans. Il n'y a pas d'indices de maladies héréditaires comme la tuberculose, la syphilis ou de maladies de la peau. Le père est mort à 70 ans d'apoplexie, et la mère à 58 de cancer.

Pendant son enfance le malade a été atteint de rougeole, de scarlatine et de diphtérie. Plus tard il a eu, en 1905 et en 1906, la blennorragie, en 1911 la syphilis, en 1924 la fièvre intermittente, en 1930 l'ischias. Le traitement de la syphilis n'a pas été régulier; pendant les années 1911-1913 le malade a subi 4 cures de traitement spécifique. Il fume beaucoup et depuis longtemps et prend du vin à l'occasion. Il n'a jamais souffert d'acroasphyxie ni d'engelures.

L'éruption a commencé il y a 9 ans par l'apparition, à la paume des mains et sur les doigts de taches rouges, de la grandeur d'une tête d'épingle. Ces taches, par la suite, changeaient de couleur, prenaient une teinte brun foncé, et se transformaient en petits nodules kératosiques. Ultérieurement, ces éléments desquament et disparaissent après 2-3 mois. Périodiquement, surtout après des agitations nerveuses, des éléments nouveaux surgissent, de sorte qu'il y a toujours des éléments aux diverses phases de développement. Pendant 9 ans on n'a jamais observé la disparition totale de l'éruption. L'état général, pendant tout ce temps, a été satisfaisant. Le malade se traitait par des onguents, par de l'arsenic, par des bains, mais sans aucun résultat.

St. pr. Taille moyenne, squelette régulièrement formé; le système musculaire et le tissu sous-cutané sont bien développés; la peau et les muqueuses visibles sont pâles.

Les organes internes : aux poumons on ne trouve rien d'anormal, les bruits du cœur sont sourds, on note une accentuation du 2e bruit au foyer aortique. La rate et le foie ne peuvent être perçus. Du côté du système nerveux on ne remarque que de la nervosité fonctionnelle, sans affections organiques.



Fig. 1.

La vue est normale, il existe cependant de l'anisocorie D > G, occasionnée d'après le malade par une contusion à l'œil, et un trouble insignifiant du cristallin. Le fond de l'œil est normal.

Temps de saignement : 5 minutes.

L'exploration du thorax par les rayons Rœntgen ne révèle aucun changement dans les poumons.

Le diaphragme excursionne mollement.

Le cœur est du type aortique sans accroissement de volume.

L'aorte est modérément élargie. La réaction de Bordet-Wassermann a donné deux fois un résultat négatif. La réaction de Pirquet est également négative. L'urine est normale. Pour le sang on trouve : érythrocytes 4.120.000; leucocytes 3.680 ; hémoglobine 80 o/o; la

formule leucocytaire donne : éosinophiles 3 o/o ; jeunes 2 o/o ; batonéiformes 5 o/o ; segmentés donne 44 o/o ; lymphocytes 40 o/o ; mononucléaires 6 o/o.

Sur les paumes des mains, sur la face palmaire des doigts, partiellement sur le dos des doigts et des poignets, ainsi que sur la plante des pieds, particulièrement du côté interne, sont disséminés en désordre des éléments de couleur rouge, brun et brun foncé, de la grandeur d'une petite et d'une grosse tête d'épingle (fig. 1 et 2).

Les éléments jeunes sont de couleur rouge, ne s'élèvent pas au-dessus



Fig. 2.

du niveau de la peau saine et ne disparaissent pas par la pression du doigt (pétéchies).

Les éléments les plus anciens sont d'une couleur brun et brun foncé, d'une forme demi-ovale, d'une consistance kératosique dense. Ils s'élèvent à 1-2 millimètres au-dessus de la surface de la peau saine, en sont séparés d'une manière nette et ressemblent à de petites verrues. Ces éléments s'effritent facilement si on les racle rudement, et laissent un léger enfoncement épidermique de la même couleur que la peau normale. Ils ne causent pas de démangeaisons au malade et ne l'incommodent pas.

Les éléments obtenus par raclage ont été adressés, pour être examen, à M. le professeur V. A. Nadéjdine, directeur de la chaire de médecine

légale de l'Acad émie, auquel nous exprimons notre profonde reconnaissance.

Les méthodes habituelles de recherches sur le sang n'ont pas donné de réaction positive. On a alors employé la méthode suivante : on a fait bouillir les squames dans une solution de KOH au dixième, après quoi leur couleur brun foncé est devenue rougeâtre. Amollies dans l'alcali, les squames ont été placées sur un verre objectif et on a mis sur elles 2 gouttes de la réaction de Gakaouate (NaOH 10 o/o, 10 cm^3, pyridine 20 cm^3, eau distillée 100 cm^3), après quoi les squames ont été recou-

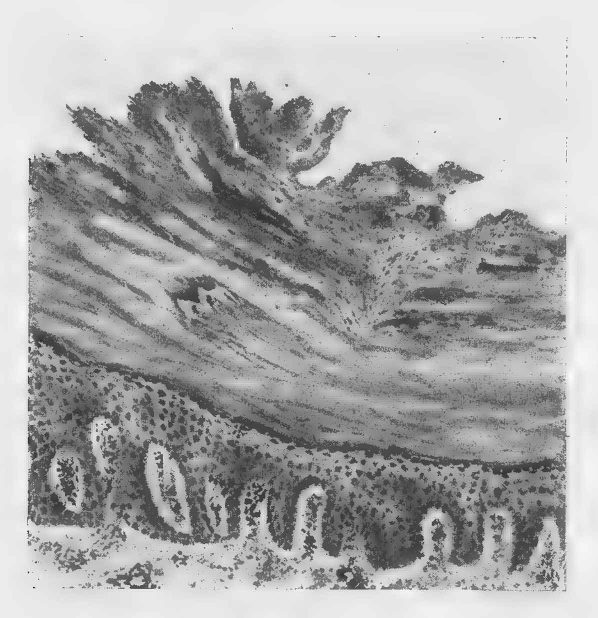


Fig. 3. — Extravasion des globules rouges dans les papilles. Amas de globules rouges dans la couche granuleuse. Hyperkératose verruciforme pigmentée.

vertes par un verre protecteur, et cette préparation, posée obliquement, a été chauffée jusqu'à début d'ébullition. Le jour suivant ont été découverts de jolis cristaux d'hémochromogène d'un rouge pourpre en forme de parallélogrammes et d'aiguilles. Il a été ainsi démontré, que la couleur brun foncé des formations kératosiques avait pour cause la présence de pigment sanguin dans la masse cornée. Cela a été confirmé aussi par l'investigation histologique après que la préparation eut été traitée à l'aide du bleu de Prusse.

Pour l'examen histologique, on a prélevé un fragment de peau sur la face palmaire de la phalange de l'index gauche comportant un vieil élément lisse de la grandeur d'une tête d'épingle. Ensuite on a

prélevé un autre morceau à la face interne de la plante du pied droit avec un élément papulo-kératosique, de couleur brun rougeâtre, de la grandeur d'une grosse tête d'épingle, n'ayant pas plus de 10-14 jours. Après traitement préalable par la formaline et l'alcool, les pièces ont été incluses dans la paraffine. Les coupes ont été colorées par l'hématoxiline-éosine, par le Van-Gieson, le Weigert, le Unna Pappenheim et, pour définir le pigment sanguin, par le bleu de Prusse. Dans les coupes de la première biopsie, il n'a pas été découvert de modifications pathologiques, à l'exception d'amas de pigment en forme de conglomérat dans la couche cornée et d'amas de cellules à pigment dans le derme.

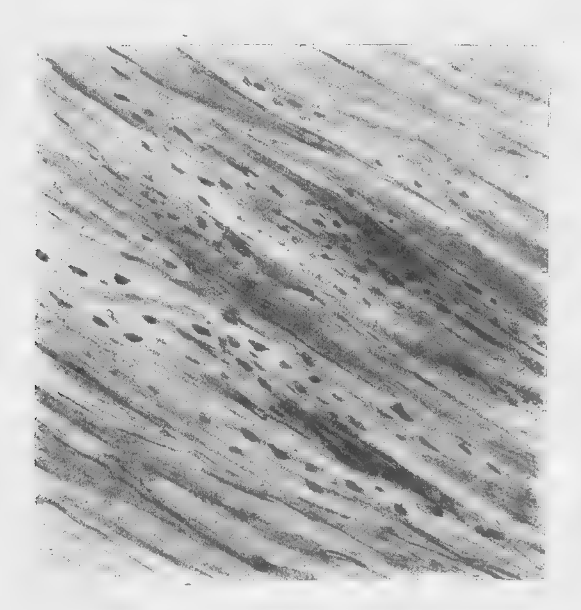


Fig. 4. — Distribution de l'hémochromogène dans le corps corné. Parakératose aux alentours.

Dans la seconde pièce on a trouvé la couche cornée fortement épaissie et colorée normalement. Dans ses différentes couches, et particulièrement dans les couches supérieures, on remarque des masses de pigment brun foncé, parfois diffuses, parfois en mottes assez compactes (fig. 3) (1). Quand on l'observe avec un grossissement notable (fig. 4), le pigment se présente comme une masse grenue poussiéreuse, qui donne, après coloration au bleu de Prusse, une couleur bleu-vert. Autour de ces agglomérations de pigment dans la couche cornée on

(1) Les dessins des préparations histologiques ont été exécutés par le docteur Nicolas, auquel nous exprimons notre profonde reconnaissance.

distingue des phénomènes de parakératose. La couche granuleuse est visible partout; elle atteint parfois l'épaisseur de 6-8 couches. Les cellules sont toutes remplies de grains de kératohyaline et ne présentent rien d'anormal. La couche malpighienne fortement épaissie est en état d'acanthose ; les bourgeons interpapillaires s'enfoncent profondément dans le derme. Les cellules des couches épineuse et basale ne s'écartent pas de l'état normal. Les papilles au centre de la préparation sont allongées, élargies, et ont la forme d'une coupole; leur tissu conjonctif est œdémateux. Les capillaires sont fortement élargis et remplis



Fig. 5. — Œdème des papilles. Dilatation des capillaires. Extravasion des globules rouges dans les papilles. Amas de globules rouges dans le corps de Malpighi avec localisation sus-papillaire et sous-cornéenne.

d'une masse de globules rouges. Dans quelques-unes des papilles on remarque la rupture des capillaires ; en conséquence les globules rouges sortent en masse de la rupture du vaisseau et infiltrent le tissu qui l'entoure. Les globules rouges pénètrent aussi dans l'épiderme où ils se dispersent en grande quantité entre les cellules de la couche malpighienne et même dans la couche granuleuse (fig. 5). En même temps on remarque, dans les papilles autour des capillaires, une infiltration peu accentuée formée de lymphocytes, d'hystiocytes et d'une grande quantité de

mastzellen dans quelques-unes des préparations. Dans la couche sous-papillaire on remarque aussi une infiltration peu importante, disposée autour des vaisseaux et se composant des mêmes éléments cellulaires. En outre on trouve dans les papilles et dans la couche sous-papillaire, dans certains endroits, des cellules dont le protoplasme est rempli d'une grande quantité de grains de pigment qui ne réagissent pas au bleu de Prusse. Dans les autres couches, ainsi que dans le tissu sous-cutané il n'y avait rien d'anormal. Les glandes sudoripares sont normales et bien figurées.

Comme on le voit d'après la description des préparations histologiques, la nature de la maladie se manifeste par le développement d'un processus inflammatoire dans la couche papillaire, accompagné d'un élargissement notable des capillaires et de leur rupture, avec issue des éléments figurés du sang rouge. La pénétration subséquente des érythrocytes dans l'épithélium et leur dissolution graduelle sont la cause de la formation des accumulations de pigment qui ont été découvertes dans la substance cornée.

Au point de vue du diagnostic il faut avoir en vue l'angiokératome de Mibelli, qui se localise sur les mêmes régions et qui, à première vue, a une grande ressemblance avec l'éruption que nous décrivons.

Néanmoins :

1° Les éléments de l'angiokératome représentent une lésion stable, qui dure de nombreuses années, quelquefois même toute la vie ; parfois elle peut néanmoins disparaître d'elle-même ; dans notre cas chaque élément particulier ne dure pas longtemps, environ 2-3 mois, de sorte que l'éruption a un caractère chronique et récidivant, et non pas celui d'une lésion stable.

2° Les éléments de l'angiokératome ont tendance à se répandre, de préférence sur le dos des doigts et des poignets, quoique des éléments isolés puissent se localiser sur les paumes ; dans notre cas sont atteintes, principalement, les paumes des mains, les faces palmaires des doigts et les régions plantaires et quelques éléments seulement sont disposés sur le dos des doigts et des poignets.

3° Dans le cas de l'angiokératome il y a des télangiectasies, qui disparaissent sous la pression du doigt ; dans notre cas il n'y a pas de télangiectasies, et tous les éléments primitifs présentent le caractère des pétéchies.

4° Les éléments de l'angiokératome ont tendance à s'agglomérer par endroits en lésions et plaques verruqueuses de diverses dimensions, dans notre cas on aperçoit de-ci de-là, un groupement ou une agglomération de deux, trois éléments, mais la grande majorité des éléments sont disséminés isolément.

5° Dans le cas d'angiokératome, on voit, dans beaucoup d'éléments verruqueux, de couleur grise ou rouge, des petits points noirâtres dus à des vaisseaux thrombosés ; dans notre cas les éléments verruqueux avaient une couleur brun foncé, plus ou moins uniforme.

6° Dans le cas d'angiokératome, après l'ablation des formations cornées, il reste en dessous de petits angiomes ; dans notre cas cela n'a pas été observé, de même qu'on n'a pas observé d'hémorragies, quand on effrite les formations cornées, ce qui a lieu habituellement dans l'angiokératome.

7° Le tableau histologique qui a montré, dans notre cas, la présence de petites hémorragies punctiformes dans les papilles, en présence de faits inflammatoires faiblement exprimés et de l'hyperkératose avec pigment sanguin déposé, diffère notablement de celui des angiokératomes où sont nettement exprimées les dilatations anévrismatiques des vaisseaux sanguins dans les papilles et dans la couche sous-papillaire, des néoformations de vaisseaux et l'insinuation profonde de l'épiderme entre les dilatations vasculaires. Des masses d'épiderme englobent les vaisseaux en y favorisant la formation des thromboses et, parfois, les entraînent vers la surface, en formant, dans la couche cornée, des grains noirs qui sont caractéristiques de l'angiokératome.

On ne trouve rien de pareil dans nos préparations. Par conséquent notre cas est caractérisé par l'éruption purpurique punctiforme avec les végétations kératosiques subséquentes : purpura chronique punctiforme kératosique des extrémités.

Quelle est l'étiologie de ce processus, qui se déroule continuellement pendant 9 ans et se localise exclusivement aux mains et aux pieds ?

En examinant le malade on a pu relever seulement des phénomènes, faiblement exprimés, de myocardiopathie et d'insignifiantes modifications de l'aorte. Du côté du sang on a constaté de la leucopénie et un déplacement à droite de la formule leucocytaire.

Dans le passé le malade a présenté toute une série d'infections, telles que la scarlatine, la fièvre intermittente, la syphilis, qui sont des poisons violents du système vasculaire. Laquelle de ces infections a joué le rôle principal, cela est difficile à définir ; il est probable que toutes ont eu leur influence pour réaliser cette vulnérabilité facile des capillaires constatée chez notre malade.

Ce syndrome peut être considéré comme une toxicose chronique avec atteinte primitive des capillaires.

Le traitement par l'iodure de potassium, par le sirop de Gibert et le chlorure de calcium n'a pas donné de résultats satisfaisants, mais le malade était venu d'une province lointaine et bientôt nous l'avons perdu de vue.

ROLE DU TRAUMATISME ANTÉRIEUR ET « MÉMOIRE CELLULAIRE » DANS LE PSORIASIS

Par M. A. KISSMEYER
Médecin-Chef du Service dermatologique du Kommunehospitalet à Copenhague.

Le phénomène de Köbner, la formation d'éléments psoriasiques dans une éraflure superficielle de la peau, est une lésion assez curieuse qui accompagne souvent un psoriasis manifeste. Ce n'est qu'un signe de l'état spécial de la peau des psoriasiques, où des lésions traumatiques, souvent légères, le frottement des vêtements, des bretelles, etc., ou bien des lésions plus profondes du derme, comme les tatouages, suffisent à provoquer une éruption de psoriasis dans un tissu lésé. Ce n'est point une auto-inoculation, mais simplement le résultat d'une fonction lésée des cellules sensibilisées des psoriasiques.

Nous avons eu l'occasion de faire dans notre service une autre observation de la même catégorie, mais, au moins je le crois, tout à fait unique ; observation qui présente non seulement l'intérêt d'un fait curieux, mais qui a la possibilité de jeter, peut-être, un peu de lumière sur le mécanisme des manifestations psoriasiques.

Il s'agit d'une jeune fille, Mlle Edith A...., de dix-neuf ans, un peu mince mais bien portante et dans les antécédents de laquelle il n'y a aucun fait digne d'intérêt. Elle entre dans le Service le 29 septembre, pour un psoriasis se manifestant depuis une quinzaine de jours, et pour la première fois, par une éruption en gouttes, assez discrète, siégeant aux bras et aux membres inférieurs et par des lésions squameuses typiques du cuir chevelu.

L'examen de la malade ne montre rien de marquant ; ce n'est qu'en regardant les mains que nous sommes frappé par la disposition extraordinaire des éléments psoriasiques.

Tandis que la face dorsale de la main droite est le siège d'une éruption de petits éléments allant de la grandeur d'une tête d'épingle à celle

d'un petit pois, la région correspondante de la main gauche ne présente qu'un petit nombre de papules dispersées ; mais, presqu'au centre du dos de la main, on voit très distinctement les deux lettres EA écrites en papules psoriasiques de la façon la plus nette.

Quelle était l'explication de ce phénomène extraordinaire ? D'après la jeune malade l'histoire était celle-ci : Il y a deux ans son frère lui avait fait,

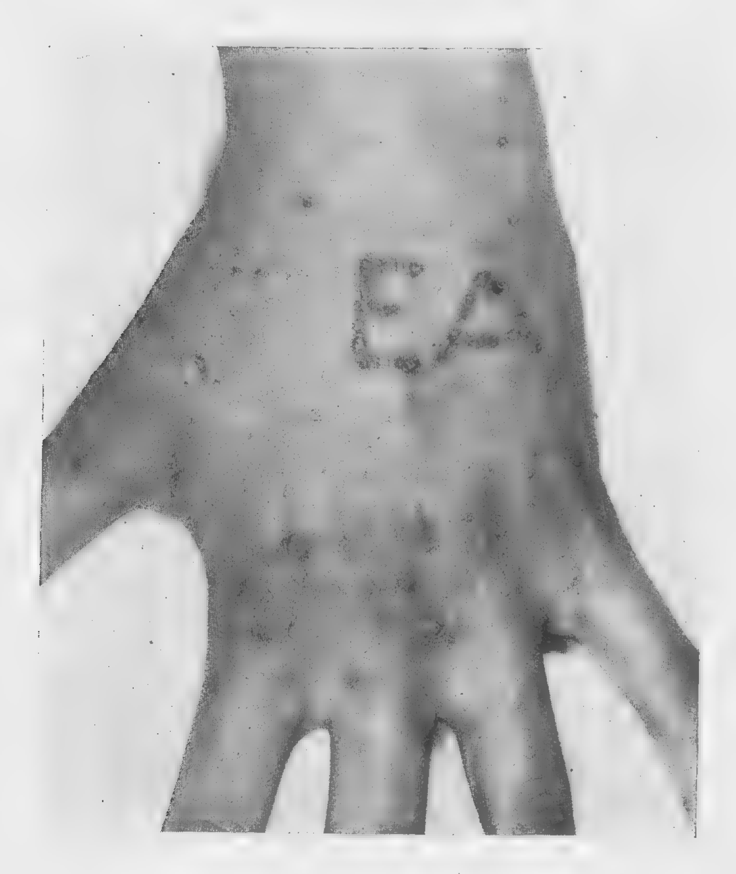


Fig 1.

« pour s'amuser », à la face dorsale de la main, avec une épingle, des éraflures superficielles formant les lettres initiales de son nom : EA. Il en résulta une légère lésion, des points hémorrhagiques, des petites croûtes, puis une peau de nouveau normale ; l'éraflure ayant été faite sans aucune addition d'encre de Chine ou d'autres substances colorées toute trace de ce « tatouage » avorté avait disparu totalement. Elle

affirme — et on ne peut non plus se figurer autre chose — que pendant les deux ans passés depuis cet événement il n'y eut absolument rien de visible sur la peau de la main.

Comment s'expliquer ce phénomène de l'apparition de manifestations psoriasiques dans un épiderme traumatisé deux ans auparavant, par des lésions si légères, dont nulle trace visible n'existait depuis des années ? Mémoire vraiment imposante des cellules ! Cicatrices invisibles, mais néanmoins manifestes après tant de temps ; altération tissulaire suffisante pour subir, deux ans après, la psoriatisation des cellules épidermiques et du corps papillaire.

La seule chose sûre de l'étiologie du psoriasis c'est que nous en ignorons absolument la nature. Maintes raisons semblent plaider en faveur d'une étiologie microbienne (ou toxinique ?) : d'un côté les éruptions subites, dispersées, ayant tout à fait le caractère d'une éruption hématogène « secondaire », le caractère des « microbides » ; d'autre côté les plaques plus fixes, pour ainsi dire du type « tertiaire » ; enfin la tendance indiscutable à se propager sous forme annulaire, polycyclique ou serpigineuse, tandis que la partie centrale revient à un état apparemment normal, mais qui est en réalité assez modifié. Les parties où les manifestations psoriasiques ont disparu gardent un certain souvenir du processus qui les a envahies : une immunité apparente contre le même processus psoriasique, au moins pour quelque temps ; et souvent aussi des traces visibles en forme d'hyperchromie ou d'achromie.

J'ai vu tout récemment des cas où cette achromie, suivant la propagation d'un psoriasis annulaire très marqué, s'affirmait de la façon la plus frappante. Et nous savons justement que des processus infectieux, syphilis, teignes, etc., s'étendent volontiers en formant des figures annulaires ou polycycliques et en laissant assez souvent une achromie leucodermique. Enfin on sait que les lésions traumatiques sont susceptibles de jouer un rôle considérable dans l'apparition des manifestations syphilitiques — et indubitablement aussi psoriasiques, dont les localisations favorites sont les parties exposées à des traumatismes répétés, coudes, genoux, cuir chevelu, plis sous-mammaires, etc.

Toute éruption psoriasique ne se laisse pas expliquer par des lésions traumatiques antérieures, répétées, aussi peu que les mani-

festations cutanées de la syphilis ; mais le cas, observé par nous, montre au moins, avec une netteté indiscutable, *que des lésions de très vieille date, absolument invisibles, et impossibles à démontrer, peuvent donner lieu à une éruption psoriasique après des années.*

On peut conclure de cette observation que *les lésions tissulaires qui suffisent à « attirer » une manifestation psoriasique ne se laissent absolument pas contrôler*, pouvant être minimes, isolées et de vieille date. Nous savons que *pendant* une éruption psoriasique des lésions légères, comme un grattage ou l'éraflure d'une épingle, peuvent provoquer dans la partie lésée une manifestation de psoriasis. Notre observation montre que telles lésions minimes peuvent être « rappelées » par les cellules après des années et, l'occasion se présentant, donner lieu à une manifestation psoriasique. C'est cette « mémoire cellulaire » qui nous a frappé, non le fait même d'une éruption de psoriasis au niveau des éraflures.

Nous présentons ces faits dans l'espérance qu'ils seront complétés par d'autres, l'attention étant attirée sur un tel phénomène, et que de cette façon ils contribueront à la connaissance de la nature du psoriasis.

Clinique des affections cutanées et syphilitiques du National Medical College of Shanghai
(Prof. Adj. Dr. F. Reiss).

UNE NOUVELLLE INTRADERMORÉACTION POUR LE DIAGNOSTIC DE LA « LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE »

LES PROPRIÉTÉS ANTIGÉNIQUES DU SÉRUM DANS LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

(RAPPORT PRÉLIMINAIRE)

Par. M. F. REISS

La lymphogranulomatose inguinale, et les maladies causées par le même virus, ne sont plus une rareté en Chine. Avec l'aide de la réaction de Frei, le diagnostic de nos différents cas a été facile. De même il nous a été possible de mettre en évidence les modifications histologiques.

Quoique nous n'ayions rien à dire à l'encontre de la valeur de la réaction de Frei, cependant, dans quelques cas, nous nous sommes heurté à des difficultés pour obtenir et préparer l'antigène ; et, dans quelques autres cas, la réaction a été négative. Les propriétés antigéniques du pus n'ont pu être démontrées dans des cas où cependant il y avait évidence clinique : ce fait a d'ailleurs été confirmé par Nicolau et Bancini.

Pour ces diverses raisons nous nous sommes proposé de trouver une méthode susceptible de remplacer ou de compléter la réaction de Frei.

Gottlieb a déjà parlé de l'action virulicide du sérum des malades convalescents de lymphogranulomatose : nous avons essayé de réexaminer ce problème, mais d'un autre point de vue.

Nous tenons à mentionner que nous n'avons aucun doute sur l'existence d'anticorps virulicides, d'ailleurs confirmés par Ravaut et Levaditi ; c'est un fait bien établi que le mélange de sérum de convalescent avec l'antigène Frei neutralise la réaction de Frei ; et ceci

peut d'ailleurs avoir une importance diagnostique dans certains cas.

Si l'on admet que le sérum de convalescents contient des anticorps virulicides dans la période allant du 3e au 6e mois, il doit être considéré comme très probable qu'il doit y avoir une autre période, précédant la production de ces anticorps, où des substances antigéniques sont en circulation dans le sang.

En partant de cette idée, nous avons expérimenté sur le sérum de lymphogranulomateux au cours des 2e et 3e semaines de la maladie, l'affection présentant encore évidence clinique d'activité ; nous avons recherché les propriétés antigéniques de ce sérum, laissant de côté, pour le moment, la question de savoir si l'antigène est attaché au plasma ou est présent à la fois dans le plasma et les globules.

Technique et méthode de notre expérimentation :

Le sang fut pris sur des malades présentant à la fois des signes cliniques typiques et une réaction de Frei positive. Le sérum fut séparé, additionné de 1/2 o/o d'acide phénique, et mis à la glacière. Avant de tenter la réaction, la stérilité du sérum fut contrôlée par culture. L'expérience a été faite seulement sur 6 cas ; mais les résultats ont été tellement uniformes, que nous avons décidé de les publier.

Pour chaque malade, l'expérience a consisté dans la comparaison des réactions données par 5 piqûres intradermiques faites d'une façon concomitante dans l'ordre suivant :

Première piqûre : contrôle avec 1/2 o/o d'acide phénique + solution saline physiologique.

Deuxième piqûre : contrôle avec 1/2 o/o d'acide phénique + sérum sanguin normal.

Troisième piqûre : Réaction de Frei.

Quatrième piqûre : Mélange de o cm³ o5 d'antigène Frei avec o cm³ o5 de sérum sanguin de malades lymphogranulomateux.

Cinquième piqûre : o cm³ 1 de sérum sanguin de lymphogranulomateux.

La photographie ci-jointe donne, avec évidence, les conclusions suivantes :

1° Les contrôles sont négatifs.

2° La réaction de Frei montre une papule typique, de la dimension d'un pois, infiltrée entourée d'une zône d'érythème de 1 centimètre.

3° Le mélange d'antigène Frei et de sérum donne une réaction nettement supérieure a la réaction de Frei.

4° Avec le sérum du malade, la réaction est semblable à la réaction de Frei : c'est-à-dire une papule nette, entourée d'une zone d'érythème.

Ces réactions atteignent leur maximum en 48 heures, et disparaissent après environ 8-10 jours.



Fig. 1. — *Types des réactions.*

1° Réaction de Frei.
2° Mélanges de l'antigène Frei avec le sérum de lymphogranulomateux.
3° Sérum de lymphogranulomateux.

Le contrôle de la méthode a été fait, exactement dans les mêmes conditions sur un grand nombre d'autres malades divers (syphilitiques, rhumatisants, etc.) le résultat, dans tous les cas, a été négatif.

De ces expériences il résulte, avec évidence, que le sérum des lymphogranulomateux possède des propriétés antigéniques. Le fait que le mélange d'antigène et de sérum donne une réaction plus accentuée est dû très probablement, à un effet cumulatif.

Conclusion

1° Il est démontré que le sérum des malades lymphogranulomateux possède des propriétés antigéniques.

2° La présente note apporte une méthode nouvelle d'intradermo-réaction pour le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale.

3° Il est démontré que le sérum des lymphogranulomateux ne contient pas d'anticorps virulicides : ceci découle du fait que, au lieu d'être neutralisée, la réaction est augmentée.

Bibliographie

Gottlieb (F). — Neutralisation du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre) par le sérum des malades en voie de guérison. Méthode de contrôle de l'intradermo-réaction de Frei. *C. R. Soc. Biol.*, 141, 1932.

Levaditi, Ravaut et Schoen. — Propriétés virulicides du sérum des sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale : utilisation de la souris comme animal test. *C. R. Soc. Biol.*, t. CIX, 29 avril 1933, p. 1267.

Nicolau et Bancini. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (Maladie de Nicolas-Fabre). *Annales de Dermat. et Syph.*, t. III, 1932, p. 332.

A PROPOS D'UN NÆVO-CARCINOME D'ORIGINE PEU COMMUNE

Par M. JAMAIN

Mme V... Lucie, âgée de 36 ans, vient me voir le 24 juillet 1934, pour des troubles digestifs qui, croit-elle, sont en relation avec un petit bouton noir qu'elle présente à la cuisse droite. Il s'agit d'une femme blonde, paraissant un peu amaigrie et fatiguée. Les troubles digestifs qu'elle accuse, résultent d'un certain degré de cholécystite et n'ont rien à voir, bien entendu, avec la lésion cutanée qu'elle me montre au cours de l'examen.

Voici l'histoire curieuse qu'elle me raconte :

En 1921, se trouvant à la campagne, chez des amis possédant des chiens de chasse, elle fut piquée à la cuisse par une tique vulgaire, ixode qui, en été, infeste les chenils du Midi. Quand elle s'en aperçut, la tique, gorgée de sang, avait déjà le volume d'un gros pois. Elle l'arracha assez brutalement. Comme presque toujours, en pareil cas, le rostre resta vraisemblablement implanté dans la peau. Il subsista, à l'endroit de la piqûre, un petit point rouge qui prit, dans les semaines qui suivirent, une teinte plus foncée et s'élargit. L'épiderme, antérieurement à la piqûre, ne présentait, à cet endroit, absolument rien d'anormal. En quelques mois la tache ainsi formée, avait pris les dimensions d'une grosse lentille. Elle était plate et avait absolument l'aspect, dit la malade, d'une « envie » banale. Non douloureuse à la pression, elle ne démangeait jamais. Cette tache resta dans cet état jusqu'à la fin de l'année dernière, soit pendant douze ans.

Il y a huit ans, le même accident survint dans des conditions identiques. Mme V. fut piquée par une tique à l'aisselle droite. Même manœuvre d'arrachement; même tache prenant, en quelques semaines, les dimensions de la première.

Mais, alors que cette tache de l'aisselle ne s'est jamais modifiée depuis, la première a subi des modifications importantes qui ont fini par inquiéter la malade. Depuis six mois, en effet, elle a commencé à s'étendre ; elle s'est surélevée ; enfin elle est le siège de démangeaisons assez vives. Il y a quatre mois environ, des ganglions apparurent à l'aine droite. La malade se montra alors à deux médecins qui la rassurèrent. Un peu

inquiète, cependant, elle décida d'en voir un troisième ; c'est ce qui l'amena à mon cabinet.

Elle me montre donc, à la face antéro-interne de cuisse droite, à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, une lésion ovalaire de 2 centimètres carrés environ. Son aspect est franchement noir ; elle est surélevée de 4 à 5 millimètres et sa surface est irrégulièrement mûriforme. Aucune trace de la piqûre ancienne. Tout autour existe une bande moins foncée, plutôt rougeâtre, de 3 à 4 millimètres de largeur. C'est là que siègent surtout les démangeaisons. A la palpation la consistance est molle ; la tumeur est bien mobile et non douloureuse. A la partie médiane et supérieure du triangle de Scarpa existe un amas de ganglions qui paraissent bleu-noir par transparence, à travers cette peau de blonde.

Le diagnostic est évident. Il s'agit d'un nævo-carcinome avec, malheureusement, une réaction ganglionnaire déjà avancée.

A l'aisselle droite existe une tache des dimensions d'une lentille, présentant tout à fait l'aspect d'un nævus banal. La partie centrale est un peu plus foncée que la périphérie ; aucune saillie au-dessus de l'épiderme.

A côté, se trouvent de gros ganglions ; ganglions également dans l'aisselle gauche. Mais la malade ne s'en inquiète pas et affirme qu'elle les a déjà remarqués depuis déjà plusieurs années.

Le 25 juillet nous pratiquons, avec le docteur Moreau, l'électro-coagulation de la tumeur et, en même temps, l'ablation chirurgicale, aussi complète que possible, du paquet ganglionnaire de l'aine, suivi de l'électro-coagulation de la plaie opératoire. A la coupe les ganglions, noirs, présentent l'aspect de petites truffes.

La cicatrisation des deux plaies se poursuit rapidement et, actuellement, la malade « paraît » guérie.

L'origine de ce nævo-carcinome est certainement peu banale. Je n'ai pas le souvenir qu'elle ait déjà été signalée. La tique vulgaire, déjà si ennuyeuse par elle-même, serait donc, non seulement capable de transmettre le protozoaire de la piroplasmose, mais aussi le cancer. Il sera intéressant de suivre, chez cette malade, si l'avenir le permet, le nævus qu'elle présente à l'aisselle droite.

Enfin j'ai été frappé que deux médecins aient vu la malade avant moi-même et l'aient renvoyée avec des paroles rassurantes. Il est bien regrettable que la malignité redoutable de ces taches noires qui se transforment soit encore ignorée par trop de médecins.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1934.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La Surrénale dans le traitement de la syphilis, par P. Blum. *Annales des Maladies Vénériennes,* 29e année, no 8, août 1934, p. 561.

Il est indispensable de rechercher les moindres réactions cliniques ou biologiques de l'atteinte des glandes endocrines et particulièrement de la surrénale dont on sait le rôle important dans le système de défense de l'organisme au cours des toxi-infections. Il faudra s'efforcer de déterminer si ces manifestations sont le fait du tréponème, des médicaments ou d'une autre cause toxique ou infectieuse surajoutée, et en tirer les déductions thérapeutiques utiles. H. Rabeau.

Importance pour le diagnostic, la thérapeutique et le pronostic des séro-réactions négatives dans la syphilis, par J. M. Levine. *Annales des Maladies Vénériennes,* 29e année, no 8, août 1934, p. 585.

Une séro-réaction positive ne doit pas à elle seule permettre de déclarer un malade syphilitique. Inversement à propos de 2 observations qu'il publie L. ne croit pas qu'un résultat négatif offert par les séro-réactions exclues la présence de spirochètes dans l'organisme. Aussi une séro-réaction négative ne doit pas inciter à terminer prématurément un traitement. On ne saurait tirer, dans la pratique journalière, de conclusions pronostiques en se basant seulement sur le caractère négatif du sérum. L'efficacité du traitement ne dépend pas exclusivement de la saturation de l'organisme par nos remèdes spécifiques; pour la guérison de la syphilis intervient non seulement un facteur spécifique, mais encore un facteur non spécifique, représenté par le concours de l'organisme.

H. Rabeau.

Epididymites subaiguës à staphylocoques, par P. Chevallier et M. Collin. *Annales des Maladies Vénériennes,* 29e année, no 8, août 1934, p. 591.

L'attention des auteurs a été attirée sur les épididymites staphylococciques dont Gouverneur et Motz viennent de préciser les caractères. Ils

publient quatre observations de cas dans lesquels l'épididymite semble venir compliquer une uréthrite primitive à staphylocoques. L'évolution de ces épididymites est si lente que parfois on pourrait croire à une orchi-épididymite tuberculeuse. H. Rabeau.

Seringue double pour injections intraveineuses, par A. Lévy-Bing et J. Nicolaid. *Annales des Maladies Vénériennes*, 29e année, n° 8, août 1934, p. 594.

Cette seringue comprend deux parties : 1° une seringue en verre graduée de type à cône inverse, dans laquelle on aspire à la dose voulue le médicament à injecter et dont on bloque le piston, par un dispositif spécial de serrage ; 2° le corps de pompe périphérique en verre rodé à l'intérieur dans lequel se meut la première seringue dont le corps de pompe, rodé à l'extérieur, y fait l'office de piston ; un dispositif de serrage permet également de bloquer la seringue-piston dans le corps de pompe périphérique. H. Rabeau.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

L'influence des rayons ultra-violets sur l'érythème noueux, par D. Moritz. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXVII, n° 8, août 1934, pp. 476-478.

L'auteur montre que les rayons ultra-violets tendent à diminuer l'érythème noueux, comme ils tendent à atténuer la cuti-réaction à la tuberculine et il conclut que l'érythème noueux est, du moins dans la majorité des cas, une réaction allergique de l'organisme tuberculeux, pouvant être provoquée par des facteurs spécifiques tuberculeux, mais également par des facteurs non spécifiques. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Le traitement du tabès, par Lévy-Franckel. *Journal de Médecine de Paris*, 54e année, nos 30 et 31, 26 juillet et 2 août 1934, pp. 645 et 665.

Courte revue générale envisageant : le traitement prophylactique par l'examen du liquide céphalo-rachidien qui permet de révéler la période préclinique (Ravaut) de la syphilis nerveuse ; le traitement curatif (spécifique et biologique) ; le traitement symptomatique. A. Rabeau.

Paris Médical.

La maladie des pêcheurs d'éponge nus, par Skévos G. Zervos. *Paris Médical*, 24e année, n° 31, 4 août 1934, pp. 89-97, 16 figures.

Excellente étude de cette affection due à l'atteinte de la peau par l'*aktinion*, parasite de l'éponge qui sécrète un venin spécial, couramment employé pour tuer des animaux à qui on fait ingérer un aktinion. Elle se traduit par une sensation de brûlure locale, apparaissant immédiatement suivie de gonflement et de rougeur avec poussée fébrile intense. Dans les jours suivants il se fait une plaque de sphacèle avec suppura-

tion abondante et parfois des abcès de voisinage. La mort est tout à fait exceptionnelle.

L'aspiration du sang par ventouse au niveau du point atteint, aussi précoce que possible, les pansements humides antiseptiques atténuent considérablement les accidents. A. Bocage.

Formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis pulmonaire, par P. Simonin et F. Tabellion. *Paris Médical*, 24e année, n° 34, 25 août 1934, pp. 133-135. Bibliographie.

Observation d'un cas de syphilis tertiaire du poumon compliquée d'anévrisme aortique tous deux méconnus, à propos de laquelle les auteurs présentent une classification clinique des formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis des poumons. A. Bocage.

Traitement physiothérapeutique des nævi pigmentaires et pileux, par H. Bordier. *Paris Médical*, 24e année, n° 34, 25 août 1934, pp. 142-143, 2 fig.

Photographies d'une malade traitée en 1907 pour un large nævus de la joue dont il ne reste aucune trace (électrolyse des poils et étincelage du pigment). L'auteur conseille actuellement l'épilation diathermique, suivie d'étincelage ou d'électro-dessiccation. A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Erythème noueux et conjonctivite phlycténulaire, par Nobécourt et P. Dugas. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 62, 4 août 1934, p. 1241, 2 fig.

L'intrication, chez un même sujet, d'un érythème noueux et d'une kérato-conjonctivite est peu fréquente. Les auteurs publient l'observation d'une fillette de 11 ans, jusque-là bien portante, qui a simultanément un érythème noueux et une conjonctivite phlycténulaire. L'examen révèle une polyadénopathie avec localisations trachéo-bronchiques, des réactions cutanées à la tuberculine fortes, presque phlycténulaires. Il existe des antécédents tuberculeux. La nature tuberculeuse de l'érythème noueux, malgré les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye et des séro-réactions paraît probable. H. Rabeau.

L'autohémothérapie, par P. E. Morhardt. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 65, 15 août 1934, p. 1300.

Dans cette courte note de médecine pratique M. signale des recherches récentes sur cette méthode qui date de plus de vingt ans, a été utilisée dans une série d'affections très diverses (cutanées en particulier) et tend à prendre une place de plus en plus grande dans la thérapeutique. John dans 40 cas d'érysipèle a observé au bout d'une à 2 injections la défervescence et la guérison. Sur 21 cas de rhumatisme articulaire aigu, il a obtenu des résultats remarquables, chute de température, diminution des douleurs. A. Tessalomow dans 66 cas d'arthrite aiguë a obtenu des résultats favorables. Fervers et Hyderhelm tant chez l'animal que chez l'homme ont constaté qu'en moyenne chaque injection provoque

une augmentation des érythrocytes de 700.000 chez les sujets à sang normal et à 1.200.000 chez les sujets atteints d'anémie secondaire.

H. Rabeau.

Le vaccin antistaphylococcique guérit le zona, par J. Camescasse. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 67, 22 août 1934, p. 133.

C. a observé les heureux résultats du vaccin antistaphylococcique, injecté à temps dans l'évolution du zona. Son action est nette sur les phénomènes névralgiques, sur les sensations de brûlures, sur les placards cutanés.

H. Rabeau.

Quelques formules de produits pour brunir. Quelques formules de produits anti-hâle, par E. Juster. *La Presse Médicale*, 42e année, n° 67, 22 août 1934, pp. 1331 et 1332.

La plupart des huiles végétales possèdent la faculté d'activer le hâle et protègent l'épiderme contre l'irritation des rayons ultra-violets. J. a réuni quelques formules choisies d'huiles à brunir, de crèmes à brunir et aussi de crèmes ou d'huiles pour donner le hâle artificiel.

Les produits atténuant le hâle ont ceci de particulier, que tout en étant incolores ils absorbent les rayons ultra-violets et protègent la peau. Les substances les plus en usage sont le sulfate de quinine neutre et l'esculine (glucoside du marron d'Inde). Elles servent à préparer des huiles et des crèmes que l'on pourra éventuellement colorer avec des colorants inoffensifs.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Erythème centrifuge ortié, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 10e année, n° 7, juillet-août 1934, pp. 403-411, 4 fig.

Curieuse observation d'un érythème centrifuge ortié de cause inconnue. Une strie faite avec une pointe d'épingle était l'amorce d'éléments évoluant les jours suivants.

Une cure de tréparsol par voie buccale provoqua au 9e jour un érythème morbilliforme, à dater duquel toute éruption disparut définitivement.

A. Bocage.

Revue Neurologique (Paris).

Traumatisme crânien et syphilis nerveuse, par M. D. Paulian et C. Fortunesco. *Revue Neurologique*, 41e année, t. I, n° 6, juin 1934, pp. 1035-1039, 5 fig.

Trois observations de malades présentant des signes de syphilis nerveuse qu'on aurait pu à tort attribuer à un traumatisme crânien. Dans le cas le plus longtemps suivi, la malariathérapie a amené une amélioration clinique considérable, sans qu'on eût touché à un projectile intracérébral parfaitement toléré depuis une dizaine d'années.

A. Bocage.

Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique, par G. Guillain et L. Michaux. *Revue Neurologique*, 41e année, t. II, n° 1, juillet 1934, pp. 70-73.

Chez un homme de 41 ans, indemne de tout antécédent suspect d'encéphalite épidémique on voit se constituer en quelques mois un syndrome parkinsonien typique. L'examen montra une irrégularité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson, réaction lymphocytaire du liquide rachidien avec Bordet-Wassermann positif dans le liquide et dans le sang. Régression considérable des troubles en trois mois de traitement bismuthique et mercuriel. A. Bocage.

Trois cas d'ataxie aiguë expérimentale par intoxication arsenicale chez le singe, par P. Mollaret et G. J. Stefanopoulo. *Revue Neurologique*, 41e année, t. II, n° 1, juillet 1934, pp. 130-132, 2 fig.

Apparition en 24 heures après injection à doses fortement toxiques d'un composé arsenical pentavalent. Les auteurs attribuent ce syndrome à une atteinte labyrinthique. Un des animaux fit en outre de la cécité, un autre de la paralysie suivie de mort. A. Bocage.

Bruxelles Médical.

Le rôle des immunisations par la peau dans l'évolution et le traitement de la syphilis, par H. Gougerot. *Bruxelles Médical*, 14e année, n° 44, septembre 1934, p. 1396.

Le rôle des immunisations par la peau a été l'objet d'études nombreuses, et G. dans une série de leçons du mercredi soir à l'hôpital Saint-Louis en a donné une vaste revue critique dont l'intérêt autant doctrinal que pratique est considérable. Depuis longtemps G. a insisté à maintes reprises sur cinq séries de faits :

1° R. Bernard avec Dujardin et Durieux apportent une série de faits tendant à prouver que l'éruption cutanée de la syphilis secondaire est utile à l'immunisation spontanée, et que les malades traités après la roséole ont un pronostic plus favorable que ceux traités avant l'éruption secondaire. Les résultats des P. L. confirment ces faits ;

2° P. Ravaut en 1920, puis Buschke et Freymann, Brück, Gougerot ont montré l'influence heureuse de l'érythrodermie arsenicale sur l'évolution de la syphilis ;

3° Gougerot a remarqué que les syphilitiques atteints d'éruptions chroniques ou récidivantes (eczéma, prurit, prurigo, psoriasis), ou atteints d'une grande éruption aiguë au moment de leur syphilis récente semblaient avoir une évolution plus bénigne de leur syphilis, à traitement égal ;

4° Montpellier (Alger) étudiant comparativement la syphilis européenne et la syphilis arabe conclut à l'influence heureuse des irritations cutanées et des éruptions diverses attirant le virus vers la peau ;

5° Hauptmann, Hesse, Breigle, etc... voient dans l'action solaire sur le tégument, la raison de la bénignité des syphilis équatoriales.

Ces cinq données (à rapprocher d'autres réactions de défense cutanée dans les infections et les intoxications) prouvent que les éruptions cutanées spécifiques ou non, ont une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis. Si ces faits se confirment, deux déductions thérapeutiques sont à envisager : ou avec R. Bernard, laisser le syphilitique (qui n'est plus à la période négative du chancre) avoir sa roséole ; ou provoquer chez tout syphilitique à toutes les périodes, des irritations cutanées non dangereuses par des irritants chimiques ou physiques. Dans ce premier mémoire rempli d'observations et de graphiques, G. étudie l'immunisation spontanée par l'éruption secondaire ; la défense par l'érythrodermie arsenicale.

H. RABEAU.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Contribution à l'étude des processus autolytiques de la peau (Beitrag zum Studium der autolytischen Prozesse der Haut), par MARIO MONACELLI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 285, 3 figures.

Recherches sur le comportement des composés les plus importants des hydrates de carbone de la peau humaine pendant l'autolyse. Les résultats sont les suivants : les valeurs de la réduction directe diminuent rapidement pendant les premières heures de l'observation, montrent souvent dans les heures suivantes une légère tendance à l'augmentation et descendent ensuite fortement. On observe (après 5 jours d'autolyse), peu à peu, une nouvelle augmentation importante des valeurs de réduction. La teneur en glycogène diminue aussi rapidement et elle disparaît complètement en quelques heures. Les valeurs de la réduction totale après l'hydrolyse acide varient très peu pendant l'autolyse ; on peut aussi mettre en évidence une diminution tardive, lente mais nette de ces valeurs.

OLGA ELIASCHEFF.

Essais sur la sensibilisation de la peau avec l'antigène d'ascarides, et sur le comportement de l'hypersensibilité vasculaire vis-à-vis d'une sensibilisation épithéliale (Versuche ueber Sensibilisierung der Haut mit Ascaridenantigen, sowie ueber das Verhalten der vasculæren Ueberempfindlichkeit bei epithelialer Sensibilisierung, par OTTO TEZNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 293.

Recherches sur l'hypersensibilité épithéliale et vasculaire. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : il n'existe pas toujours de régularité dans les réactions quand on utilise des antigènes primitivement toxiques comme ceux des endo- et exoparasites. L'antigène du métabolisme des ascarides de Fulleborm avec lequel l'auteur a obtenu expérimentalement une réaction immédiate (cas unique dans la bibliographie) était primitivement très toxique. T. attire l'attention sur une hypersensibilité toxique vraie (non allergique) et il recommande des essais par lesquels on pourrait séparer les composés allergiques et primitivement toxiques des antigènes. Il a obtenu avec un antigène d'ascarides primiti-

vement non toxique des résultats concordant avec ceux obtenus par le blanc d'œuf et le sérum (sensibilisation). En appliquant tous les jours de la teinture d'arnica sous un pansement occlusif l'auteur a provoqué une sensibilisation épithéliale de toute la surface cutanée (réaction d'eczéma) sans sensibilisation vasculaire (les réactions immédiate et tardive furent négatives). Les essais avec la farine de moutarde donnèrent à côté d'une sensibilisation épithéliale d'intensité moyenne des réactions cutanées et intradermiques positives immédiates. Il résulte de ces expériences que les substances capables de provoquer une hypersensibilité épithéliale peuvent aussi dans la sensibilisation primitivement toxique provoquer une réaction immédiate cutanée. Dans la sensibilisation non primitivement toxique la réaction cutanée immédiate est caractéristique de l'idiosyncrasie. Olga Eliascheff.

Sur un cas d'érythromélie de Pick unilatérale après une blessure du thalamus (Ueber einen Fall von Erythromelie Pick unilateralis nach Verletzung des Thalamus opticus), par P. Massloff. *Archiv fur Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 303.

Observation d'un cas de dermatite chronique atrophique d'Herxheimer unilatérale. Le côté atteint (bras et membre inférieur droits) montra une perte complète de la sensibilité. La maladie débuta après une chute avec perte de connaissance et lésions du thalamus. Les troubles sensitifs et la cyanose cutanée se développèrent peu à peu et furent observés par le malade seulement après une grippe.

Olga Eliascheff.

L'histologie de la luotestréaction (Die Histologie der Luotestreaktion), par Alfred Fessler. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 305, 2 figures.

Examen histologique des lésions produites par l'épreuve cutanée à la luétine. Cette épreuve est une réaction allergique et les lésions cutanées doivent être considérées comme une inflammation allergique. L'inflammation est parfois non spécifique, peut aller jusqu'à la nécrose et guérit par formation de tissu conjonctif ; dans certains cas on rencontre une structure tuberculoïde plus ou moins prononcée. L'aspect identique à celui de la tuberculose est exceptionnel ; la guérison se fait aussi dans ces cas par cicatrisation. On observe la structure tuberculoïde au plus tôt une semaine après l'injection. Les lésions produites par la tuberculine et par la luétine sont presque identiques, étant toutes les deux des réactions allergiques. Olga Eliascheff.

Recherches histologiques sur le molluscum contagiosum (Histologische Untersuchungen am Molluscum contagiosum), par Tibor Wlassics. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX. cah. 3, 1934, p. 314, 3 figures.

Recherches histologiques sur le *molluscum contagiosum*, l'auteur conclut : les corpuscules du *molluscum* et de ses composants, les corpuscules élémentaires ne sont pas de formations caractéristiques, car on

peut les rencontrer aussi dans des lésions produites par un virus *non filtrant*. Il faut considérer les corpuscules de plastine comme des formations caractéristiques du *molluscum*, parce qu'on ne les retrouve pas dans d'autres lésions dyskératosiques. L'auteur a pu séparer les corpuscules du *molluscum*, du *stratum lucidum* et *corneum*, considérés jusqu'à présent comme homogènes, en corpuscules élémentaires et grains de plastine. Les recherches histiochimiques montrèrent la présence de lipoïdes exclusivement dans les corpuscules élémentaires.

OLGA ELIASCHEFF.

Deux cas de lymphogranulome inguinal atypique (Zwei Fælle von atypischem Lymphogranuloma inguinale), par W. BURKHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 320, 2 figures.

Observations de deux cas de lymphogranulome inguinal atypique : dans le premier cas les lésions, ressemblant à un scrofuloderme, étaient localisées sur les fesses et dans la région inguinale sous forme de nodules cutanés et sous-cutanés avec fistulisation. Dans le second cas il existait un éléphantiasis de la verge et du scrotum ; absence dans les deux cas des lésions ganglionnaires si caractéristiques de la maladie de Nicolas-Favre. La réaction de Frei fut positive dans les deux cas.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du dermatofibrosarcome protuberans (Zur Kenntnis des Dermatofibrosarcoma protuberans), par HANS HŒTKEMER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 325, 2 figures.

Description d'un cas de dermatofibrome progressif et récidivant (de Darier et Ferrand) (Dermatofibrosarcome protuberans d'Hoffmann) de la peau du dos simulant cliniquement un mycosis fongoïde. La tumeur augmenta très rapidement de volume. L'histologie montra un fibro-sarcome fasciculé avec dégénérescence myxomateuse très prononcée. Dans les nodules dégénérés on constata une régression rapide allant cliniquement jusqu'à une résorption complète de la tumeur.

OLGA ELIASCHEFF.

Maladies cutanées et lipase du sérum (tributyrase). IIe communication : toxidermies, eczémas, pemphigus, syphilis, toxidermies de la gravidité, etc. (Hautkrankheiten und Serumlipase (Tributyrase). II Mitteilung : Toxikodermien, Ekzeme, Pemphigus, Lues, Schwangerschaftstoxikosen u. a.), par A. NADEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 331.

L'auteur continue ses recherches sur la lipase du sérum (tributyrase) et il conclut que le taux de lipase ne peut avoir de valeur pour le pronostic que s'il va de pair avec le diagnostic clinique et avec l'état général du malade. Les dermites provoquées par les arsénobenzènes ont une influence très prolongée sur la lipase du sérum ; son activité est très réduite même après la disparition des lésions cutanées.

Les valeurs de la lipase ne sont pas réduites dans le pemphigus chro-

nique non fébrile ni dans la maladie de Dühring si l'état général du malade est bon. La syphilis, si l'état général du sujet n'est pas affecté, n'influence pas l'activité de la lipase. Le liquide céphalo-rachidien de sujets sains et syphilitiques avec lésions primaires ou secondaires ne contient pas du tout ou seulement des traces de lipase. Les toxidermies des femmes enceintes réduisent fortement le taux des lipases.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du quotient de profondeur dans la thérapie par les rayons limites (Zur Frage des Tufenquotienten in der Grenzsthahltherapie), par Friedrich Kalz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 341, 4 figures.

L'auteur conclut que des doses de rayons quantitativement égales produisent du fait de la qualité des rayons utilisés des effets biologiques différents. La différence est également nette entre les rayons mous et les rayons durs dans le traitement des dermatoses. C'est le quotient de profondeur qui joue le rôle principal dans le traitement par les rayons limites.

Olga Eliascheff.

Etudes sur la genèse physico-chimique du liquide des bulles cutanées (Studien ueber die physikalisch-chemische Genese, der Hautblasenflüssigkeit), par Richard Richter. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 348.

L'auteur donne des chiffres sur la teneur en albumine, en calcium, en sérum et en graisse du liquide des bulles dans le pemphigus, dans une dermite bulleuse artificielle, dans des brûlures et des bulles produites par la cantharide.

Olga Eliascheff.

Lésions dans la lèpre I-III : mêmes modifications cutanées chez le père et le fils. Culture sanguine « positive ». L'antigène dans les urines (Befunde bei Lepra I-III ; gleiche Hautveränderungen bei Vater und Sohn. « Positive » Blutkultur. Antigen im Urin), par Paul Jordan. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 365, 1 figure.

Description de deux cas de lèpre chez le père et le fils avec lésions dépigmentées de la peau de l'abdomen ayant la même forme et la même extension chez les deux sujets. L'auteur considère la présence de cette lésion comme une prédisposition organique locale héréditaire au développement de la lèpre. La culture du sang pratiquée au moment d'une poussée de lèpre donna des colonies jaunes de bacilles acido-résistants. On peut aussi dans la lèpre dépister par le procédé de F. Klopstock la présence dans les urines de substances qui fixent le complément.

Olga Eliascheff.

Hypersensibilité cutanée expérimentale vis-à-vis du sublimé (Experimentelle cutane Ueberempfindlichkeit gegen Sublimat), par H. Haxthausen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol., CLXX, cah. 3, 1934, p. 378, 1 figure.

Recherches expérimentales sur l'hypersensibilité cutanée produite par

le sublimé auquel l'auteur a ajouté du sérum de cheval. Il résulte de ses recherches que l'on peut reproduire une hypersensibilité vraie avec un composé simple anorganique ($HgCl^2$) quand on le complète par une protéine (le sérum de cheval) et le transforme ainsi en antigène. Cette allergie est identique à celle produite par des vrais antigènes.

Olga Eliascheff.

Psoriasis pustulosa et vesiculosa, par Anton Tryb. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 383, 2 figures.

Observations de trois cas de psoriasis pustuleux et vésiculeux, cas très rares. Le contenu des bulles était stérile (ensemensement, inoculation à la cornée du lapin). L'aspect clinique ressemblait à celui de l'impétigo herpétiforme.

Olga Eliascheff.

Sur la démonstration de la possibilité de filtrer le virus du pemphigus (Ueber den Nachweis der Filtrierbarkeit des Pemphigusvirus), par Erich Urbach et Stefan Woltram. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 389.

Les auteurs ont pu démontrer que l'agent pathogène du pemphigus est un virus filtrant. Leurs expériences ont été faites avec le filtrat du contenu des bulles et avec le sérum sanguin de malades atteints de pemphigus, de dermatite herpétiforme de Dühring et avec le filtrat de cervaux de lapins auxquels ils avaient inoculé le contenu des bulles de sujets atteints de pemphigus. L'inoculation à l'animal doit être faite avec le contenu non filtré des bulles, mais surtout avec le liquide filtré et ensuite avec le sérum sanguin filtré et non filtré et elle doit être *subdurale*. Les animaux malades présentent, dans la majorité des cas, des troubles paralytiques ou spasmodiques, rarement de la cachexie. Les lésions histologiques sont caractérisées par une encéphalo-myélo-méningite non purulente.

Olga Eliascheff.

Maladies cutanées et lipase du sérum (tributyrase). IIIe communication : influence de quelques préparations médicamenteuses employées en dermatologie sur la lipase du sérum sanguin de l'homme « in vitro » et « in vivo » (Hautkrankheiten und Serumlipase (Tributyrase). III Mitteilung : Ueber den Einfluss einiger in der Dermatologie in Auwendung stehenden Medikamente auf das Verhalten der Blutserumlipase des Menschen « in vitro » und « in vivo »), par A. Nadel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXX, cah. 3, 1934, p. 397.

Etude de l'action de certains médicaments introduits dans l'organisme sur le taux de lipase du sérum sanguin *in vitro* et *in vivo*. L'auteur conclut que la lipase du sérum sanguin de l'homme résiste à toutes les préparations de salvarsan, même oxydées elles ne peuvent pas réduire l'activité de la lipase. Le cacodylate de soude n'est pas non plus toxique pour la lipase du sérum sanguin, tandis que l'atoxyl et l'acide arsénieux ont *in vitro* une action fortement empêchante.

La lipase résiste *in vivo* chez l'homme aux doses normales de salvar-

san excepté dans les cas où se développent, à la suite d'une hypersensibilité, un état toxique ou des dermites.

Le bleu de méthylène et le violet de gentiane, les colorants d'acridine comme la trypaflavine et la gonacrine ont *in vitro* une action totalement ou fortement empêchante sur la lipase. Le rouge Congo et le trypanbleu n'ont aucune influence sur l'activité de la lipase humaine. L'emploi prolongé de pommades au goudron et à la chrysarobine, de la pommade de Wilkinson ne diminue pas le taux de la lipase s'il ne se produit pas d'irritation de la peau. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Tuberculose cutanée généralisée à forme de sarcoïde (Allgemeine Sarkoide Hauttuberkulose), par G. SANNICANDRO. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f 6, août 1934, p. 305.

Une femme de 37 ans, sans antécédents, voit apparaître sur les avant-bras une éruption composée de petits nodules indolents, non prurigineux. En deux ans, l'ensemble du tégument est envahi, à l'exception des régions médio-dorsale et épigastrique. En plus des nodules, existent des petites plaques d'érythrodermie. La plupart des nodules se résorbent sans nécrose ni caséification ; quelques-uns cependant aboutissent à une fonte partielle. Pas d'adénopathies ; rien dans le système osseux ; adénopathies hilaires et pleurite de la base. La réaction à la tuberculine est faiblement positive. Un nodule cutané est inoculé au cobaye, qui est tuberculisé. Au cours de l'hospitalisation éclate un pyopneumothorax. L'examen histologique d'un nodule montre la structure des sarcoïdes. S. range son cas dans le cadre des sarcoïdes de Bœck.

L. CHATELLIER.

Contribution à l'étude du granulome fissuré (Sutton) (Beitrag zum Granuloma fissuratum (Sutton)), par W. WACHTLER. *Dermatologiste Zeitschrift*, t. LXIX, f. 6, août 1934, p. 313, 1 fig.

Sutton jun. en 1932, puis Sutton sen. ont décrit, dans le vestibule buccal, sous le nom de granulome fissuré, une petite tumeur siégeant entre la lèvre et l'arcade dentaire, peu douloureuse, à surface lisse, mais portant au sommet une fissure longitudinale. Histologiquement, néoformations conjonctives, avec infiltration polynucléaire ou plasmocytaire, sans vascularisation anormale. Le cas de Diasos est bien voisin. W. en rapporte un cas personnel et il considère la lésion comme un granulome simple, où la fissuration est un phénomène secondaire. Il s'agit là d'une lésion traumatique, probablement due à la présence d'un corps étranger. L. CHATELLIER.

Sur la présence de spirochètes dans l'urèthre masculin (Ueber das Vorkommen von Spirochäten in der männlichen Harnröhre), par E. EISNER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 6, août 1934, p. 316, 1 fig.

Un homme de 32 ans, non syphilitique, présente, depuis plusieurs

années, un rétrécissement uréthral, sans balanite, d'aspect leucoplasique et de consistance scléreuse. A l'ultra-microscope comme après coloration, on trouve dans la sécrétion à côté de bacilles fusiformes, un mélange de spirochètes gros et fins Il n'est pas possible de trancher la question s'il s'agit d'une même espèce spirochétique ou d'espèces différentes. Ces spirochètes se comportent comme des saprophytes. Reste aussi en suspens le rôle de cette symbiose dans la genèse des lésions uréthrales. A noter, avec E. Hoffmann, que la balanite atrophique oblitérante peut aussi atteindre l'urèthre antérieur. L. Chatellier.

Guérison de la trichophytie par un extrait de rotenon (derrilavol) (Heilungserfolge bei Tricophytic mit Rotenon-Extrakt (Derrilavol)), par H. Schneider. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 6, août 1934, p. 321.

Le rotenon est extrait d'une racine d'une papillionacée (tuba root des Anglais) des tropiques. Cet extrait est toxique pour les animaux inférieurs. La toxine se trouve en proportion variable, selon les espèces. Le derrilavol en contient 3 o/o. Ce produit est employé avec succès dans le traitement des trichophyties du bétail, en badigeonnages. Le derrilavol paraît sans toxicité pour la peau humaine, comme le prouvent l'absence de toute lésion chez ceux qui l'emploient et l'usage occasionnel fait par un bouvier d'une solution concentrée de derrilavol. Les travaux de Schmitt ont montré que le rotenon, même en ingestion, n'est pas toxique pour les animaux à sang chaud. Le rotenon, grâce à ses propriétés toxiques pour les parasites animaux ou mycéliens, mérite d'être connu.

L. Chatellier.

Sur la question de l'innocuité des préparations de derris (Rotenon) (Zur Frage der Ungiftigkeit von Derris-Präparaten (Rotenon)), par F. Tebbe. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIX, f. 6, août 1934, p. 324.

Un enfant de 3 ans avale une bonne gorgée de derrilavol. La mère lui fait absorber un demi-litre de lait, qui est immédiatement rejeté. Une demi-heure plus tard l'enfant tombe dans une somnolence profonde avec perte de connaissance, abolition des mouvements volontaires et involontaires, refroidissement des extrémités, dilatation pupillaire, abolition des réflexes, diminution des bruits du cœur, etc... Au bout de 3 heures, après lavages d'estomac, administration de tonicardiaques et réchauffement du petit malade, l'enfant reprend connaissance. Le lendemain retour à l'état normal, sauf une légère arythmie. Puisque le rotenon est sans toxicité, il faut expliquer cette narcose profonde par le corps qui sert à l'extraction de la toxine (corps hydrocarboné chloré), dont l'action ressemble singulièrement à celle du chloroforme.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Est-on en droit d'exclure du groupe de l'eczéma « l'eczématoïde exsudative tardive » de Rost (Ist es berechtigt, das Rostsche « spätexsudative Ekzematoid » aus der Gruppe der Ekzema auszusondern), par EDITH JÜLG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, nos 30 et 31, 28 juillet 1934 et 4 août 1934, pp. 979 et 1005.

L'eczéma, d'après les travaux récents (Bloch, Jadassohn, etc.) est considéré comme une manifestation idiosyncrasique, répondant à l'action d'antigènes variés. Dans l'immense famille des eczémateux, Rost, s'appuyant à la fois sur l'observation clinique et sur les épreuves biologiques, a voulu distinguer, et en exclure, les cas où les localisations portent sur les plis de flexion, le pourtour buccal ; l'éruption est constituée par des papules plus ou moins groupées, peu suintantes, non vésiculeuses, aboutissant à la longue à une infiltration cutanée dense ; la grande majorité des malades sont atteints dès le premier âge. Après une période de guérison apparente, il se produit entre la 15e et la 30e année des récidives, que Rost a dénommées eczématoïde tardive. Les épreuves biologiques avec les extraits albumineux sont particulièrement significatives, surtout l'épreuve avec l'extrait de squames humaines. J. a voulu vérifier sur 32 malades, dont 11 enfants, la conception de Rost.

Elle a effectué chez ces malades, les épreuves cutanées avec 4 groupes d'antigènes : squames humaines (normales, psoriasiques, eczémateuses), allergènes faits des diverses substances existant dans le milieu habituel (poussière, levures, duvet, plumes, etc.), produits animaux (squames de cheval, de bœuf, poils de chat et de lapin, plumes), allergènes alimentaires. La plupart des malades ont réagi positivement à l'extrait de squames ; chez ces malades, le début date de l'enfance et, dans l'anamnèse familiale ou personnelle, on retrouve des signes d'une constitution allergique. En outre, il existe, très souvent, une sensibilité non spécifique aux divers antigènes. L'éosinophilie est à peu près constante 91,6 o/o) et parfois très élevée ; dans 17,7 o/o, monocytose ; les périodes admises par Rost ne sont pas retrouvées dans 71,8 o/o des cas.

Pour toutes ces raisons, J. ne pense pas qu'il faille détacher de l'eczéma, ce que Rost a décrit dans le nom d'eczématoïde tardive, mieux dénommé : « eczéma allergique sur fond constitutionnel ».

L. CHATELLIER.

Contribution à la pathologie des lésions des vaisseaux cutanés. 2e Mém. Sur la thrombo-embolie des tout petits vaisseaux cutanés (Beiträge zur Pathologie der Gefässerkrankungen der Haut. II. Mitteilung. Ueber Thrombenembolie der kleinsten Hautgefässe), par A. WIEDMANN. *Dermatologie Wochenschrift*, t. XCIX, no 31, 4 août 1934, p. 1001, 1 fig.

Les infarctus de la peau sont lésions rarement constatées, et frappent plus particulièrement les veines. W. rapporte l'observation suivante : un homme de 63 ans entre à la clinique pour une insuffisance aortique avec

anévrysme; il présente de l'œdème malléolaire. Puis se développe un phlegmon de la jambe gauche; 3 jours après, sur les deux membres inférieurs, apparaissent des nodules rouges sombres qui se recouvrent rapidement au centre d'une escarre noire sans vésiculation préalable; rien sur le reste du corps. Mort 4 jours après. Ou trouve à l'autopsie un anévrysme de la crosse envahi par un gros thrombus. Le pus du phlegmon contient du streptocoque. Un des nodules est fixé coupé en série. L'examen histologique montre l'existence d'une embolie d'une des petites artères de la peau, dont l'endothélium et les parois sont facilement reconnaissables et qui ne présente ni streptocoque ni aucun signe d'inflammation.

W. élimine donc une embolie microbienne, une réaction allergique nécrosante, une thrombose locale par altération pariétale. Dans ce cas, il s'agit bien d'un infarctus, parti de l'aorte qui s'est effrité aux angles des divisions vasculaires en fragments assez fins pour arriver dans les tout petits vaisseaux cutanés. La recherche systématique de ces lésions vasculaires cutanées permettrait peut-être d'en établir une fréquence plus grande qu'il n'est classiquement admis. L. Chatellier.

Recherches sur le pouvoir bactéricide d'une pâte à l'eau oxygénée (Untersuchung der keimschädigenden Wirkung eines wasserstoffperoxydhaltigen Pasten), par Th. Kunzmann *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 31, 4 août 1934, p. 1009.

Les expériences cliniques et bactériologiques effectuées par K. avec la Reteca-Paste qui est une pâte à l'eau oxygénée, il résulte que ce produit est doué d'un pouvoir bactéricide réel, durable (3 mois) et, sur le vivant, profond. L. Chatellier.

Erythrocyanose des jeunes filles recouverte par un livedo racemosa (Erythrocyanosis crurum puellaris überlagert durch Pigmentatio racemosa), par W. Knierer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 31, 4 août 1934, p. 1015, 1 fig.

Chez la même malade, existent sur la jambe : au niveau de la cheville une érythrocyanose et, par-dessus la congestion, des lésions habituelles d'un livedo développé grâce à l'exposition prolongée de la jambe à la chaleur d'un poêle. L. Chatellier.

Sur les cultures en tube capillaire ou en pipette, destinées à l'expédition (Ueber Pilzkulturen in Glaskapillaren oder Glasröhrchen zu Versandzwecken), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 31, 4 août 1934, p. 1017, 1 fig.

C'est la description du procédé qui permet d'obtenir des cultures, d'observation facile, en tube étroit, même capillaire, donc faciles à expédier. On introduit dans le tube le milieu, préalablement liquéfié, en ayant soin de le laisser prendre à une certaine distance des deux extrémités. La petite colonne de milieu est ainsi comprise entre deux colonnes d'air. L'ensemencement est facile. L. Chatellier.

Diagnostic d'un diabète 3 ans avant les manifestations cliniques chez un psoriasique vulgaire (Diabetesdiagnose 3 Jahre vor der klinischen Manifestation auf Grund von Kohlehydratbelastungen bei einem Fall von Psoriasis vulgaris), par W. Milbradt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, nº 32, 11 août 1934, p. 1045, 4 fig.

Un jeune homme de 21 ans, atteint de psoriasis généralisé, présente en outre de petits signes d'hyperthyroïdie. Devant la résistance de l'éruption, on étudie, par l'épreuve des hydrates de carbone, le fonctionnement hépatique et pancréatique. On constate chez lui une insuffisance hépatique et surtout pancréatique qui fait penser à un diabète latent. 3 ans après, le malade revient et, outre son psoriasis, il présente les symptômes cliniques et urinaires du diabète. Les altérations du métabolisme hydrocarboné paraissent aggraver l'évolution du psoriasis.

L. Chatellier.

Manifestations vicariantes et poussées inflammatoires consécutives à l'ablation des foyers pyogènes, dans les dermatoses (Vikarirerende Erscheinungen und aufflackerungen nach Entfernung von pyogenen Herden bei Hautkranken), par D. v. Kemeri. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, nº 32, 11 août 1934, p. 1049.

On sait le rôle que jouent les foyers pyogènes dans l'apparition de certaines dermatoses : la suppression des foyers aboutit à la guérison des lésions cutanées. Mais il existe aussi tout un groupe de dermatoses où la suppression du foyer pyogène provoque l'apparition de manifestations vicariantes et même de poussées. Ainsi K. a observé une jeune fille atteinte d'eczéma et d'amygdalite chronique ; à chaque poussée d'amygdalite fébrile, disparition temporaire de l'eczéma, qui reparaît dès la guérison de la poussée amygdalienne. On peut constater ce balancement par destruction artificielle du foyer pyogène. D'ailleurs ces manifestations vicariantes peuvent ne pas revêtir toujours la même forme. A côté des foyers pyogènes, il convient de réserver une place importante à la tuberculose. Il n'est pas rare de voir l'ablation d'un foyer pyogène amener une amélioration des manifestations tuberculeuses ; et toute irritation du foyer provoquer une poussée du côté des lésions tuberculeuses. C'est l'association des deux affections qui donne naissance à la dermatose. Que la dermatose disparaisse ou guérisse, une manifestation clinique nouvelle peut parfois se développer : atteinte des viscères (douleurs rhumatismales, signes gastro-intestinaux, irritation rénale, etc.).

L. Chatellier.

Inoculation du Molluscum contagiosum dans le testicule du lapin (Impfversuche des Molluscum contagiosum in Kaninchenhoden), par Masao Ota et Ping-Ting Huang. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, nºs 32 et 33, 11 et 18 août 1934, pp. 1054 et 1077, 5 fig.

Des corpuscules de *Molluscum contagiosum*, prélevés avec une stricte asepsie sont broyés et, après filtration sur gaze, inoculés dans les testicules de lapins. Chez certains animaux, il se produisit une réaction inflam-

matoire (gonflement, hyperémie, foyers nécrotiques) ; chez d'autres, rien de visible macroscopiquement. Testicules apparemment sains et testicules malades sont inoculés, après broyage, à de nouveaux animaux (4 passages). L'inoculation du testicule provoque parfois des lésions macroscopiques. Au microscope, les lésions se traduisent par de la congestion vasculaire, des infiltrats cellulaires (cellules pseudo-éosinophiles, plasmocytes, cellules épithélioïdes ou géantes d'origine canaliculaire probable, cellules conjonctives jeunes) et dans les formes graves par des foyers nécrotiques. Mêmes lésions sur les testicules inoculés avec des testicules infectés (ce qui ne peut s'expliquer que par la présence de l'agent pathogène). Le filtrat *Molluscum contagiosum* après passage sur filtre de porcelaine ne détermine que des réactions fugaces. L'inoculation des testicules en série prouve qu'il existe un stade de latence du virus, incapable de provoquer d'emblée des lésions visibles. Bien entendu, toutes les inoculations de *molluscum* ou de testicules infectés sont ensemencées pour vérifier l'absence de germes surajoutés. L. Chatellier.

Stigmates professionnels chez une ouvrière en bas (Berufstigma bei einer Strumpfformerin), par Ilse Nordmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 33, 18 août 1934, p. 1075, 1 fig.

Une jeune fille de 30 ans, employée depuis 8 semaines à la mise en forme des bas, voit apparaître sur l'abdomen sous-ombilical des stries brunâtres, parfois rouges, bien limitées, par endroits légèrement croûteuses : brûlures linéaires, dont l'enquête précise le mécanisme. Les fonctions de la malade consistent à donner aux bas leur forme définitive, au moyen d'une forme en bois chauffée au four et sur laquelle elle fait passer le bas, tout en maintenant la forme appuyée contre son ventre. Comme la salle de travail est très chaude, les ouvrières sont légèrement vêtues et protègent leur peau par un tablier de grosse toile épaisse. On retrouve sur le vêtement et le tablier des brûlures qui correspondent exactement aux lésions cutanées. Depuis l'emploi de formes fixes, en aluminium et chauffées par un courant de vapeur, plus de brûlures.

L. Chatellier.

Sensibilisation à la monnaie de nickel (Ueberempfindlichkeit gegen Nickelgeld), par T. Preininger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 33, 18 août 1934, p. 1082.

Depuis 3 semaines, est apparue chez un homme de 46 ans, caissier, une éruption vésiculaire et très prurigineuse qui frappe les mains, les pieds, les espaces interdigitaux. En raison de la profession du malade, l'on tente des épreuves avec diverses monnaies (la pièce est appliquée sur la peau et maintenue par un pansement pendant 24 heures) et avec une solution de sublimé. Seule la pièce de monnaie donne une réaction vive (hyperémie, vésiculation) ; réaction modérée au sublimé. Cette sensibilisation au mercure s'explique par la présence de deux amalgames de mercure, qui ont été placés 10 ans auparavant. Sur les conseils de P., ces amalgames sont remplacés par des ciments. L'éruption disparaît

rapidement et définitivement. 4 mois après, les épreuves allergiques sont réduites à une hyperémie fugace. L. Chatellier.

Sur le traitement du psoriasis par le psorimangan (Ueber die Behandlung der Psoriasis mit Psorimangan), par H. Geyer et G. Wesener. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 34, 25 août 1934, p. 1105.

Le Psorimangan, qui est une préparation colloïdale de manganèse, a été préconisé en 1931 par W. Richter. Il s'emploie par voie veineuse et par voie intramusculaire. Les réactions sont vives : fièvre. céphalée, frissons, surtout après injections veineuses, et en général fugaces et bénignes — mais pas toujours —. Les injections intramusculaires sont douloureuses. Les injections se font tous les 2 jours, en allant de 0,25 à 2 centimètres cubes de la solution. Les auteurs ont traité ainsi 26 malades. Les résultats ne furent pas encourageants : 15 malades n'ont subi aucune amélioration, après traitement intraveineux ou intramusculaire ; les récidives sont aussi fréquentes et la disparition de l'éruption n'est jamais accélérée ni, quand elle se produit, durable. L. Chatellier.

Léiomyome multiple de la peau avec disposition segmentaire (Leiomyoblastoma cutis multiplex in segmentärer Anordnung), par H. Wosyka. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 34, 25 août 1934, p. 1110, 1 f.

Un jeune homme de 16 ans, appartenant à une famille de 9 enfants pour la plupart sains, a vu apparaître, 5 ans auparavant, au mollet droit, des efflorescences indolentes et non prurigineuses. Peu à peu, s'ajoutent des brûlures et du prurit, tandis que l'éruption s'étend sur la cuisse. Les douleurs sont plus vives en hiver; elles sont en forme de crises matinales, prolongées, qui empêchent l'extension complète du pied et entraînent la claudication. Une extension violente de la jambe atténue la douleur. L'éruption est composée, sur le pied et la jambe, de tumeurs dont les dimensions vont de celles d'une tête d'épingle à celles d'un pois, de consistance ferme, en partie rouges, en partie brunâtres. Aucune autre anomalie, en dehors de deux nævi pigmentés, d'une asymétrie faciale et mammaire. On note de la cyanose des pieds et des mains, et de l'hyperesthésie de la zone malade. Histologiquement : léiomyomes, remarquables par leur distribution dans le territoire de L_{2-5} et S_1, et par les réactions douloureuses, congestives et pilo-motrices après chlorure d'éthyle et pilocarpine.

Un frère porte un nævus pigmenté partant de la crête épiphysaire vertébrale vers le flanc avec disposition zoniforme, et présente la même asymétrie mammaire. Le père a eu trois léiomyomes, deux dans le dos et un au niveau du triceps. L. Chatellier.

Apparition d'un abcès après oblitération de varices par la Kalorose (Auftreten eines Abszesses nach Krampfaderbehandlung mit Kalorose), par H. Geyer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIX, n° 34, 25 août 1934, p. 1112.

Une injection bien faite de 3 centimètres cubes de Kalorose dans une

veine variqueuse détermine, chez une femme de 51 ans qui venait d'avoir un eczéma aigu, guéri sans lésions résiduelles, un abcès périveineux au point d'injection. Dans l'abcès, du streptocoque. L'abcès guérit après élimination d'un fragment veineux de 10 centimètres de long, complètement oblitéré et nécrosé. La solution injectée s'est révélée stérile et toutes les précautions habituelles avaient été prises. Origine pulmonaire probable, la malade présentant depuis des années un catarrhe bronchique. Cette observation unique après 1.000 injections sclérosantes du même produit, montre que l'on ne doit pas procéder à l'oblitération veineuse après une poussée inflammatoire et qu'il faut se méfier des lésions broncho-pulmonaires chroniques. L. Chatellier.

Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès (Alicante).

Premier symptôme objectif chez les lépreux espagnols (Primer sintoma objectivo en los leprosos españoles), par P. Montañes et E. Negro. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès*, vol. I, années 1932-1933, p. 15.

Le début de la lèpre, dans les cas étudiés, s'est fait, par ordre de fréquence décroissante, sous la forme de taches (30,21 o/o), de tubercules (16,06 o/o), de névrites (12 o/o), de pemphigus (9,50 o/o), de rhinite (8,5 o/o), de manifestations aiguës (5,03 o/o), de déglabration des sourcils (4,07 o/o), et très rarement d'anesthésie, d'œdème des jambes, d'ulcère ou de mal perforant.

Les taches et les tubercules apparaissent le plus souvent sur la face, moins souvent sur les membres inférieurs et avec une fréquence moindre encore sur les membres supérieurs et le tronc. Taches et tubercules marquent uniquement le début de formes cutanées.

Les névrites et le pemphigus, plus communs aux membres inférieurs, appartiennent exclusivement aux formes nerveuses. J. Margarot.

La réaction de Botelho dans la lèpre (La reaccion de Botelho en la lepra), par Pablo Montañes. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès*, vol. I, années 1932-1933, p. 23.

Sur 140 cas de lèpre la réaction de Botelho, effectuée d'après les techniques de Ichikawa, Baum et de Botelho (dite réaction nitrique corrigée), a donné 35,84 o/o de résultats positifs.

Les réactions de contrôle, pratiquées avec le sérum de malades atteints d'infections aiguës (typhoïde, Malte, paludisme, etc.) ou chroniques (tuberculose), ont été positives dans 64,58 o/o des cas.

Les réactions positives obtenues chez les lépreux ont été surtout observées dans des formes jeunes, évolutives, avec présence de b. de Hansen dans le mucus nasal.

L'auteur conclut que la réaction de Botelho n'a aucune valeur pour le diagnostic de la lèpre. J. Margarot.

L'intradermo-réaction au bacille de Hansen (La intradermoreacción al bacilo de Hansen), par P. Montañes. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès,* vol. I, années 1932-1933, p. 55.

L'intradermo-réaction est pratiquée avec une émulsion de bacilles de Hansen, obtenue par homogénéisation de lépromes triturés dans une solution de potasse à 10 o/o.

Elle donne à P. M. 100 o/o de résultats positifs chez des sujets sains ou chez des malades non lépreux.

Cette positivité n'est que de 14,65 o/o chez les lépreux. Elle s'observe surtout dans les formes nerveuses, dans les affections anciennes ou arrêtées, dans les cas où le bacille de Hansen ne peut être mis en évidence.

J. Margarot.

Le test-histamine dans le diagnostic précoce des taches lépreuses (El test-histamine en el diagnostico precoz de las manchas leprosas), par P. Montañes et E. Negro. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès,* vol. I, années 1932-33, p. 83.

Une goutte du réactif préparé avec un sel d'histamine est déposée sur la peau. Une piqûre intéressant l'épiderme, mais non le derme, est faite en ce point.

La réaction, pratiquée sur une tache lépreuse, se caractérise par l'apparition au bout d'une minute d'une papule œdémateuse de 1 à 2 millimètres de diamètre. Elle augmente progressivement pour atteindre la largeur de 1 centimètre en 5 minutes et n'est en aucune façon prurigineuse.

Sur la peau saine, on observe un halo érythémateux de 1 à 4 centimètres de diamètre au point piqué, au bout d'un temps oscillant entre 30 et 60 secondes. Une papule semblable à celle qui a été décrite dans le cas précédent apparaît ensuite et s'accompagne d'un prurit comparable à celui d'une piqûre de moustique.

Le test-histamine ne suffit pas à démontrer la réalité de l'infection hansénienne, mais sa rapidité et sa positivité dès le début des lésions, avant que la preuve bactériologique puisse être faite en font une méthode qui mérite d'entrer en ligne de compte dans l'établissement d'un diagnostic précoce.

J. Margarot.

Le problème actuel de la lèpre du point de vue sanitaire (El problema actual de la lepra desde el punto de vista sanitario), par P. Montañes. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès,* vol. I, années 1932-1933, p. 99.

Le problème de la lèpre existe. Une action énergique est nécessaire. Elle doit être entreprise dans tous les pays.

Les mesures les plus efficaces sont la déclaration obligatoire des cas reconnus, la recherche des cas ignorés dans l'entourage des sujets contaminés, l'enseignement de la léprologie, l'isolement des malades, la thérapeutique intensive et l'amélioration des conditions hygiéniques générales.

J. Margarot.

La réaction de Rubino dans la lèpre. Sa valeur diagnostique (La reaccion de Rubino en la lepra. Su valor diagnostico), par P. MONTAÑES. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès*, vol. I, années 1932-1933, p. 137.

La réaction de Rubino (agglutination-sédimentation d'hématies de mouton formolées) est, de toutes les réactions sérologiques proposées pour le diagnostic de la lèpre, celle qui donne le plus de résultats positifs avec le sérum de malades atteints de cette affection et le moins de réactions positives avec les sérums non lépreux. J. MARGAROT.

Urée sanguine chez les lépreux (Urea sanguinea en los leprosos), par E. NEGRO et HERRERA. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontillès*, vol. I, années 1932-1933, p. 161.

15,45 o/o des lépreux ont, en dehors de toute néphrite ou de toute affection autre que la lèpre, un taux d'urée sanguine supérieur à 0,50.

60 o/o des lépreux atteints de lésions rénales présentent, malgré le régime, des chiffres supérieurs à la normale et n'en paraissent pas affectés. Les lépreux urémiques tolèrent des quantités d'urée, qui chez d'autres sujets auraient un pronostic fatal à brève échéance.

J. MARGAROT.

Réserve alcaline dans la lèpre (Reserva alcalina en la lepra), par HERRERA. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1, années 1932-33, p. 167.

En général, le chiffre moyen, indicateur de « la réaction acido-basique actuelle », est abaissé. Il est rationnel de combattre cette acidose par des alcalins. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude de l'allergie dans la lèpre (Contribution al estudio de la alergia en la lepra), par E. NÉGRO. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1, années 1932-33, p. 179.

E. N. utilise la lépromine, préparée suivant la technique de Bargehr.

Il obtient 40 o/o de résultats positifs chez les lépreux, 47 o/o chez les sujets non lépreux et 100 o/o chez les malades atteints de lupus et chez les personnes saines vivant au contact de lépreux.

Les réactions positives s'observent surtout dans les formes nerveuses.

La tuberculine donne des réactions positives dans 60 o/o des cas de lèpre, quel que soit le type clinique. La trichophytine est sans influence.

L'émulsion de Montanès permet d'obtenir 30 o/o de résultats positifs chez les lépreux et 100 o/o chez les sujets sains de Fontilles. Les réactions positives s'observent habituellement dans les formes nerveuses.

L'inoculation d'un matériel lépreux virulent (auto-inoculation) provoque des réactions nodulaires tardives et durables, très apparentes dans les formes nerveuses. Elles manquent dans les formes tuberculeuses pures.

La répétition des intradermo-réactions avec la lépromine ou avec des antigènes similaires permet d'obtenir des résultats plus fortement positifs que les précédents. On peut l'utiliser, sinon dans un but de prophylaxie ou de thérapeutique, du moins comme un indicateur du degré d'immunisation du sujet. J. MARGAROT.

Calcium dans le sang des lépreux (Calcio en sangre de leprosos), par M. Herrera. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1, années 1932-33, p. 203.

D'une manière générale, le taux du calcium est supérieur à la normale chez les lépreux de Fontilles. Il augmente avec le traitement et paraît indépendant de la forme clinique. Les chiffres varient de 0,1309 chez les sujets examinés au cours d'une lépro-réaction à 0,2087 chez les malades ne présentant pas de lépro-réaction et à 0,2243 chez les sujets traités.

J. Margarot.

Chlorures dans le sang des lépreux (Cloruros en la sangre de los lepresos), par M. Herrera. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1, années 1932-33, p. 209.

Le taux des chlorures dans le sang des lépreux est légèrement supérieur à la normale. Il est un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes, plus faible chez les sujets traités que chez les malades au repos.

J. Margarot.

Considérations sur les analyses d'urine des lépreux (Consideraciones sobre analises de orina en los leprosos), par M. Herrera. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1. années 1932-33, p. 225.

L'urine des lépreux est à peu près normale chez les sujets qui ne présentent aucune lésion viscérale intercurrente. Elle est cependant pauvre en éléments minéraux et cette insuffisance s'accuse avec l'âge de la maladie.

J. Margarot.

Glucose et acide lactique dans le sang des lépreux (Glucose y acido lactico en sangre), par M. Herrera. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1, années 1932-33, p. 215.

D'une façon générale les taux du glucose et de l'acide lactique sont élevés dans le sang des lépreux.

J. Margarot.

Brèves notes de clinique ophtalmologique dans la lèpre (Breves notas clinicas oftalmologicas en la lepra), par T. Aparsi Jijon. *Trabajos del Sanatorio nacional de Fontilles*, vol. 1, années 1932-33, p. 237.

Des déterminations oculaires de la lèpre ont été observées au sanatorium national de Fontilles dans 65 o/o des cas environ.

La déglabration des sourcils, leur infiltration par des lépromes constituent une manifestation fréquente du début de la maladie. Les lépromes des paupières ne sont pas rares. L'absence de cils contribue à donner au faciès son aspect de dureté.

Une paralysie de l'orbiculaire entraîne parfois une lagophtalmie avec toutes ses conséquences.

La conjonctivite primitive n'existe pas au sens anatomo-pathologique strict du terme, mais des lésions conjonctivales peuvent compliquer une scléro-kératite ou une lagophtalmie.

La kératite et la scléro-kératite forment le groupe le plus important

des lésions oculaires lépreuses à cause de leur fréquence et de la gravité de leur évolution.

On a pu dans quelques cas soupçonner l'atteinte de la choroïde et de la rétine au cours d'irido-cyclites graves, sans pouvoir directement le constater par suite de la perte de transparence des milieux.

J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia (Madrid).

Chancre syphilitique du cuir chevelu à forme de kerion de Celse (Chancre sifilitico del cuero cabelludo en forma de kerion de Celso), par DE GREGORIO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10e année, no 107, août 1934, p. 707.

Un homme de 29 ans présente sur la région occipitale une lésion circulaire de 2 cm. 3, entourée d'un rebord très infiltré, de consistance dure et néoplasique.

La pression des orifices folliculaires donne issue à un liquide séro-sanguinolent. Les poils arrachés à la pince ont un bulbe qui paraît sain.

Sur le côté gauche du cou, on trouve un ganglion du volume d'une noix, indolent, mobile, accompagné de ganglions satellites plus petits. Il n'existe aucune adénopathie d'un autre siège, ni du côté opposé du cou, ni dans l'aîne, ni dans la région susépitrochéenne.

L'examen des poils permet d'éliminer le diagnostic de trichophytie.

La mise en évidence du tréponème à l'ultra-microscope fait porter celui d'accident primaire de la syphilis.

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Lésion mycosique pigmentée du lit de l'ongle (Pigmented mycotic growth beneath the nail), par YOUNG. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. 30, no 2, août 1934, p. 186, 6 fig.

Il s'agit d'un homme dont un ongle présente une raie noire longitudinale s'étendant uniformément de la matrice au bord libre ; sur toute la longueur de cette raie il existe une strie en relief de la lame unguéale ; cette bande paraît pousser plus rapidement que le reste de l'ongle. La matière noire se trouve sous la lame unguéale d'où l'on arrive à l'extraire par petits fragments. Cette lésion datait de deux ans ; elle avait débuté par une raie rouge qui bientôt se teinta en noir, progressivement de la matrice vers le bord libre. L'ongle était extrêmement douloureux.

Les cultures des débris noirs permirent d'identifier l'*Acrothecium nigrum*. La lésion guérit après qu'on eut percé des trous au long de la bande noire.

Y. rappelle que plusieurs cas de nævi pigmentaires du lit de l'ongle ont été publiés (Montgomery, Templeton). Leur aspect paraît avoir été identique au sien mais la matière noire occupait l'épaisseur de la lame unguéale tandis que dans son cas elle se trouvait sous l'ongle. Il semble

donc que la raie noire de l'ongle peut être réalisée par deux processus complètement différents. S. Fernet.

Diphtérie cutanée dans un cas de syphilis héréditaire (Cutaneous diphteria in congenital syphilis), par Cohen. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. 30, nº 2, août 1934, p. 207.

C. décrit un cas de syphilis héréditaire gommeuse mutilante du nez sur laquelle s'est greffée une diphtérie. Il incrimine dans cette association la prédilection des deux infections pour le nez et souligne les difficultés du diagnostic. S. Fernet.

Dermatomyosite et sclérodermie diffuse (Dermatomyositis and diffuse sclerodermia), par George Brock. *Archvies of Dermatology and Syphilology*, vol. 30, nº 2, août 1934, p. 227, 3 fig.

A l'occasion de six observations dont trois de dermatomyosite et trois de sclérodermie généralisée, B. fixe les éléments du diagnostic différentiel entre ces deux affections.

La dermatomyosite touche principalement la peau et les muscles ; le tissu conjonctif et les vaisseaux sont relativement peu atteints. Son évolution est souvent aiguë ou subaiguë avec fièvre. Dans 25 o/o des cas le début est marqué par de l'érythème et de l'œdème de la face ; puis, l'affection s'étend au dos, à la poitrine, aux portions proximales des membres. Il n'y a jamais de troubles vaso-moteurs, de sclérodactylie, ni de troubles trophiques ; les pigmentations sont rares et peu marquées. L'évolution se fait par poussées successives et rémissions passagères. Le pronostic est grave : 55 o/o des cas meurent en deux ans.

Au contraire, la sclérodermie touche principalement le tissu conjonctif et les vaisseaux. La dégénérescence musculaire, très marquée et précoce dans la dermatomyosite, est ici proportionnelle à la sclérose du tissu interstitiel et aux modifications vasculaires. L'évolution est éminemment chronique. Le début ne se fait par la face que dans 12 o/o des cas. Les troubles vaso-moteurs sont fréquents et la pigmentation est commune et très marquée. Il y a fréquemment de la sclérodactylie et des escharres sur les saillies osseuses. Les calcifications sont caractéristiques mais non fréquentes. L'évolution chronique est plus régulière que celle de la dermatomyosite et le pronostic moins rapidement fatal. S. Fernet.

The British Medical Journal (Londres).

Le traitement du lupus vulgaire (The treatment of lupus vulgaris), par Svend Lomholt. *The British Medical Journal*, nº 3841, 18 août 1934, p. 291.

L. expose les méthodes de traitement utilisées actuellement à Copenhague et qui donnent des guérisons apparentes dans 80 o/o des cas de lupus vulgaire.

En dehors des cas exceptionnels, justiciables de l'exerèse chirurgicale, la majorité des lupus sont traités par la Finsenthérapie locale et les bains de lumière de lampes à arcs munies de charbons à flamme blanche

(Schneeweisskohlen de Siemens); le rayonnement de ces lampes se rapproche au maximum du rayonnement solaire. S. FERNET.

Proceeding of the Royal Society of Medicine (Londres).

Mycosis fongoïde traité par la malaria (Mycosis fungoides treated by malaria), par MAC CORMAC. *Proceedings of the Royal Society of Medecine*, vol. XXVII, n° 7, août 1934, p. 1365.

L'idée de traiter le mycosis fongoïde par la malaria a eu son origine dans deux observations, publiées antérieurement par M. C., et relatant la quasi-guérison de cas graves à la suite d'érysipèle. L'une des malades faisant l'objet de ces observations ne présente actuellement encore que des lésions insignifiantes alors que son état avait été jugé comme désespéré avant l'érysipèle qui remonte à 12 ans.

M. C. a donc traité un cas de mycosis fongoïde par l'impaludation. Il s'agissait d'un homme de 41 ans présentant des tumeurs mycosiques multiples à évolution rapide, trop disséminées pour pouvoir être traitées par la radiothérapie. A la suite de quelques accès fébriles, toutes les tumeurs se sont affaissées puis ont disparu et l'on se croyait en présence d'une guérison. Celle-ci ne s'est pas maintenue complètement mais néanmoins l'intensité, la multiplicité des lésions et la rapidité d'évolution furent définitivement enrayées.

M. C. pense que la malariathérapie du mycosis fongoïde constitue une ressource thérapeutique pleine de promesses. S. FERNET.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Importance et fonction des assurances sociales dans la lutte contre les maladies intersexuelles, par MARIANI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1359.

Le prof. Mariani envisage les répercussions qui résultent, pour l'organisation médicale, des conceptions nouvelles (qui ont trouvé un terrain de culture propice dans certains milieux, pour des raisons faciles à comprendre) de l'Etat « totalitaire » ou, pour s'exprimer en un français plus clair, de l'Etatisme intégral. Dans ces conceptions, l'Etat est tout et l'individu n'est rien ; il devient la chose de l'Etat, *perinde ac cadaver*. Il perd toute liberté, toute individualité, toute dignité pour devenir un maillon dans la chaîne, un rouage dans la machine, une brique dans le mur. S'il travaille, ce n'est plus désormais pour lui, mais pour la « nation ». Ce n'est pas ici le lieu de discuter ces conceptions, dont nous nous bornerons à dire qu'elles n'excitent en nous aucun enthousiasme.

Dans le domaine médical, elles ont abouti à l'institution de l'Assurance sociale-maladie, qui, juste en principe et en théorie, menace pratiquement par l'esprit démagogique avec lequel il est fort à craindre qu'elle soit trop souvent appliquée, d'aboutir à cette conséquence paradoxale et antisociale : l'oppression et l'exploitation des forts par les

faibles, des travailleurs par les paresseux, des bien portants par les malades, réels ou imaginaires. Et pour ce qui concerne plus spécialement notre profession, à l'exploitation cynique et éhontée du corps médical. Et, si même certaines conséquences favorables devaient en découler, comme l'abaissement de la mortalité, d'ailleurs discutable, il est probable qu'un tel argument n'aurait pas suffi à convaincre nos ancêtres, qui avaient adopté cette fière devise : la liberté ou la mort.

Dans une seconde partie de son travail, le prof. M. examine comment a été comprise, dans les différents pays, cette transformation du médecin, d'homme libre et indépendant, en serf de la collectivité. Il est intéressant de constater qu'il n'y a qu'un seul pays, la Hollande, où l'Etat ait été mis en échec et se soit trouvé dans l'impossibilité de mettre sur pied une loi sur les Assurances sociales, parce que, dans ce pays, le corps médical a pris les devants et c'est l'Association nationale des médecins qui a créé elle-même des organisations pour les soins aux classes dites laborieuses (comme s'il existait, en France du moins, une classe de gens qui ne travaillent pas). C'est là une confirmation de ce que nous avons dit maintes fois : que les praticiens français ont commis une faute en ne sachant pas s'adapter et évoluer, en ne s'inquiétant pas de voir d'où venait le vent, en se confinant dans un individualisme outrancier qui risque fort d'aboutir à la ruine totale de tout individualisme. Si le corps médical avait pris lui-même l'initiative qu'il a laissé prendre à l'Etat, il aurait pu créer une organisation rationnelle, conforme à ses intérêts, à ceux des populations, aux nécessités de la profession médicale et il ne se verrait pas aujourd'hui menacé de subir la loi de bureaucrates, de ronds de cuir, de messieurs Badin en manches de lustrine, qui émettent la prétention grotesque et outrecuidante de codifier, réglementer et organiser la lutte contre la maladie, alors qu'ils n'ont pas l'ombre de compétence pour aborder de pareils sujets et ne connaissent absolument rien des nécessités de la profession médicale, que l'on ne peut comprendre que si on les a soi-même vécues.

Il semble bien qu'en Italie, le bureaucrate-roi ait commis les mêmes méfaits qu'en France, car, dans une troisième partie de son travail, le prof. M. critique vivement l'esprit mécanique et bureaucratique qui préside à l'organisation des soins médicaux aux assurés sociaux de son pays. Il insiste en particulier sur la nécessité d'une large utilisation des diverses spécialités médicales, à laquelle les bureaucrates se montrent réfractaires, pour des raisons d'économie à courte vue et M. n'a pas de peine à montrer que, si la spécialisation entraîne des dépenses immédiates peut-être un peu plus élevées, l'action préventive de soins rationnels et compétents compense largement les frais initiaux par la suite.

M. insiste particulièrement pour cette large utilisation des médecins spécialistes en ce qui concerne la syphilis et les maladies vénériennes, maladies « sociales » par excellence et qui devraient donc être au premier plan des préoccupations d'une Assurance qui se dit « sociale » alors

qu'elle manifeste au contraire une répugnance certaine à assurer aux malades de cette catégorie les prestations auxquelles ils ont droit. Il en est exactement de même en France où les caisses refusent le paiement des soins aux syphilitiques en invoquant la fameuse clause relative aux traitements *continus* d'une durée de plus de six mois, dont elles font d'ailleurs dans le cas particulier une interprétation abusive, puisque le traitement de la syphilis, précisément n'est pas continu, mais au contraire intermittent.

Aux arguments du prof. Mariani, nous ajouterons encore celui-ci : les maladies vénériennes atteignent de préférence des jeunes gens de 20 à 30 ans, dont une très forte proportion ne connaît pas d'autre maladie à cet âge que les maladies vénériennes, qui sont donc pour eux la seule occasion qu'ils aient de profiter de l'Assurance qu'ils paient. En outre une forte proportion de ces jeunes gens, assurés sociaux jusqu'à 30 ans, ne le seront plus après cet âge, parce que parvenus à une catégorie sociale plus élevée, et ils seront à ce moment déchus de tous les droits que leur conféraient les versements effectués pendant dix ans, soit environ 5.000 francs. Cette catégorie d'assurés est ainsi victime d'une véritable escroquerie, contre laquelle les craintes de divulgation de la maladie l'empêchent de protester. BELGODERE.

Recherches expérimentales et observations capillaroscopiques sur les gangrènes des extrémités par angiopathie organique, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1383. Bibliographie.

L'auteur rapporte les résultats de recherches qu'il a entreprises sur quatre sujets atteints de gangrène des extrémités par angiopathie organique, dont deux cas d'endoartérite juvénile et deux cas de gangrène luétique. Ces malades furent soumis à une série d'épreuves susceptibles de mettre en évidence les conditions de la circulation sanguine dans les capillaires et l'influence que peuvent exercer sur la réactivité des capillaires les altérations des conditions anatomiques et fonctionnelles des structures qui sont en connexion avec ces capillaires, en particulier des structures circulatoires et nerveuses du district examiné.

Il s'agit d'expériences fort complexes dont il serait difficile de donner une idée exacte en quelques lignes.

L'exploration capillaroscopique des extrémités a mis en évidence des tableaux caractéristiques de *préstase*, alternant avec des phases de *stase absolue*, mais dans tous ces cas, il n'existait pas un véritable tableau spastico-atonique capillaire. Un syndrome spastico-atonique semble cependant devoir être admis dans les territoires cutanés des malades atteints de gangrène spontanée, mais non pas, comme l'admettent certains auteurs avec les deux composantes de spasme et d'atonie dans toute l'étendue de l'anse capillaire ; il s'agissait d'un état spastique artériolaire associé à une dilatation capillaire atonique.

L'étude de l influence exercée sur la circulation capillaire par la pres-

sion effectuée sur les grandes artères des membres a fourni également des résultats intéressants, en permettant de se rendre compte des conditions hydrauliques de l'arbre circulatoire dans les cas où la pression maxima et l'oscillométrie ne peuvent être déterminées faute de pulsations. Après occlusion de la circulation, après stase provoquée, après réfrigération, chez les sujets atteints de gangrène des extrémités, on constate des réactions hyperémiques très faibles ou nulles, ce qui contraste avec les réactions hyperémiques très vives au contraire qui se manifestent chez les sujets normaux dans les mêmes conditions. Cette absence d'hyperémie réactive doit jouer un rôle dans la pathogénie des phénomènes dystrophiques en raison des perturbations des échanges nutritifs qui en sont certainement la conséquence.

Les excitations caloriques locales ont permis de faire des constatations du même ordre que les précédentes.

D'autres expériences ont été effectuées avec des substances dont le point d'attaque est limité aux *artérioles,* comme l'acétylcholine ; les réponses ont alors varié d'un cas à l'autre, car elles sont indépendantes des conditions de perméabilité ou de contractilité des *grosses artères.* Ainsi chez deux des malades étudiés, les injections d'acétylcholine réussirent à faire céder la stase, bien que le fonctionnement des grosses artères fut médiocre, tandis que, chez deux autres, dont les artères étaient cependant en bon état, la stase demeura inchangée. Le comportement variable qu'assume la circulation capillaire cutanée vis-à-vis de l'acétylcholine semble être sous la dépendance de l'état réversible ou irréversible du déficit de perméabilité des seules *artérioles précapillaires* ; il ne semble donc pas risqué de déduire que la perte de l'aptitude à la dilatation sous l'influence de l'acétylcholine doit être considérée comme l'indice d'une compromission *anatomique*, c'est-à-dire permanente et définitive.

D'autres expériences pratiquées avec l'histamine, avec l'adrénaline, ont permis des constatations du même ordre qu'avec l'acétylcholine, c'est-à-dire permettant, en cas de stase sanguine, de conclure à un arrêt circulatoire dû à des causes, soit physiologiques, soit anatomiques.

BELGODERE.

Sur quelques cas de l'affection dite lichen sclerosus et sur ses rapports avec les états kraurotiques de la vulve, par MONACELLI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1419, 16 fig. Bibliographie.

M. développe quelques considérations générales sur les dermatoses que l'on pourrait appeler *de transition*, c'est-à-dire qui présentent des caractères mixtes rappelant à la fois ceux de plusieurs dermatoses bien classées et définies. La classification de cas semblables est difficile et leur position dans la nomenclature incertaine, car le critère anatomo-clinique, qui est habituellement le plus sûr, se trouve ici en défaut et il en résulte

des contradictions et des désaccords entre les auteurs qui ont eu à s'occuper des cas de cet ordre.

Un des exemples les plus typiques de ces dermatoses-limite nous est fourni par le *lichen sclerosus* décrit pour la première fois en 1887 par Hallopeau sous le nom de lichen atrophique. Cette affection cutanée procède à la fois, par son aspect clinique et histologique, du lichen plan à tendance atrophique et de la sclérodermie circonscrite.

M. en a observé dans ces dernières années trois cas dont il rapporte les observations, tous les trois chez des sujets du sexe féminin : fillette de 8 ans, femmes de 63 et 60 ans. Les caractères cliniques et histologiques, tout en rapprochant cette affection à la fois du lichen plan, de la sclérodermie circonscrite et des atrophodermies, ne permettent pas de l'identifier cependant avec aucune de ces dermatoses, si bien qu'il est légitime de la considérer comme une entité propre.

Outre ce caractère particulier de se montrer surtout dans le sexe féminin, dans les trois cas rapportés, les lésions disséminées sur les différentes parties du corps s'associaient avec des altérations des téguments vulvaires qui rappelaient tout à fait par leur aspect les lésions du kraurosis. L'étude histologique de ces lésions vulvaires montrait qu'il s'agissait en réalité d'une localisation particulière des autres localisations de *lichen sclerosus* disséminées sur les autres parties du corps.

Cette affection est souvent associée à des tares nerveuses, souvent aussi elle est en rapport avec la ménopause et ses aspects variables sont dus à la prédominance de l'un ou de l'autre de ses divers éléments : sclérose, atrophie, kératose, etc... ce qui explique les dénominations multiples que lui ont été attribuées les auteurs ; mais la constance des caractères histologiques montre bien l'unicité de ces différents cas sous leur aspect variable.

M. conclut que cette affection mérite d'attirer l'attention et demande des recherches complémentaires, en particulier au point de vue pathogénique et non pas seulement au point de vue anatomoclinique. Provisoirement il convient de lui conserver la dénomination de *lichen sclerosus*.

Belgodere.

Contribution clinique à l'étude des épithéliomas plans superficiels de la peau, par Comel. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1447, 17 fig. Bibliographie.

Après quelques considérations générales sur la question discutée des dermatoses précancéreuses, des dyskératoses, de cet ensemble d'affections cutanées qui ont été groupées par Martinotti sous le nom d'*épithéliomas plans superficiels polymorphes de la peau*, C. étudie au point de vue clinique et histologique cinq cas personnels d'affections néoplasiques circonscrites et superficielles de la peau. Il s'agit de syndromes à évolution lente et relativement bénigne, sans symptômes d'altération de l'état général, sans phénomènes d'invasion néoplasique des organes adjacents extracutanés, ni d'accroissement métastatique. Dans ces cas, la sympto-

matologie clinique a souvent laissé perplexe sur le point de décider entre une forme d'affection précancéreuse et une forme d'épithélioma baso-cellulaire superficiel, maladie de Paget, maladie de Bowen, épithélioma pagétoïde, cancroïde de Bowen. L'histologie révéla toujours les aspects caractéristiques de l'épithélioma baso-cellulaire de Krompecher, parfois cependant offrant le tableau de l'épithélioma pagétoïde, et dans d'autres cas celui du carcinoïde de type Arning.

Se basant sur les considérations cliniques, anatomopathologiques et histologiques des cas étudiés il apparaît à C. qu'il convient de renoncer dans le domaine de la pathologie, à différencier les différentes formes prénéoplasiques et néoplasiques sus-citées : il est préférable de les réunir puisqu'elles offrent plus de caractères communs que de caractères différentiels, en un seul groupe d'*épithéliomas plans superficiels de la peau* (selon la conception de Martinotti). Au point de vue pratique, les divers syndromes par contre peuvent être différenciés en clinique, comme des variétés cliniques d'une même affection cutanée.

Le problème de ces syndromes cutanés apparaît, au point de vue des conceptions de la malignité potentielle et des dermatoses cancérotropes, d'importance plus vaste dans le domaine de la pathologie. Mais c'est seulement la dermatologie fonctionnelle qui pourra, en explorant la biologie de la cellule cancéreuse, nous apporter la solution du problème des dermatoses dites *précancéreuses* et de la phase précancéreuse des néoplasies cutanées : c'est alors seulement que l'on pourra définir les conceptions fondamentales que l'on peut à l'heure actuelle à peine envisager des *dermatoses néoplasitropes*, au sens strict, des *dermatoses iso-néoplasiques* et des *dermatoses paranéoplasiques*. Belgodere.

Hidradénome éruptif de Jacquet-Darier, par Angelo Scarpa. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1469 1, 4 fig. Bibliographie.

Encore une dermatose dont l'histoire présente beaucoup d'obscurité et a suscité des controverses et des désaccords qui se reflètent dans la multiplicité des appellations qui lui ont été attribuées. Toutefois, la plupart ont été abandonnées et les plus usitées sont celles de : Hidradénome éruptif, Syringome, Syringocystome, Syringocystadénome. S. rapporte une observation personnelle, chez une jeune fille de 26 ans : les lésions siégeaient aux paupières inférieures, à la région antérolatérale du cou et à la région antéro-supérieure du thorax : petites élevures nodulo-papuleuses, de la grandeur d'un grain de millet à une lentille, grisâtres, dures, élastiques. Au point de vue histologique on retrouvait les lésions habituelles dans le derme réticulaire, homogénéisation du tissu conjonctif, présence de nids, de globes, de cordons et de kystes ; ces derniers dépourvus de membranes limitantes et sans aucune connexion visible avec les éléments épithéliaux de l'épiderme ou avec ses annexes. S. discute le diagnostic différentiel de ce cas, au point de vue clinique et histologique, montrant que seul, celui d'hidradénome éruptif peut être

retenu. Après avoir rappelé les conceptions modernes sur la nature des formations nævіques, il admet que l'hidradénome éruptif doit être classé dans cette catégorie de dermatoses. Les formations typiques (nids, globes, cordons, etc...) sont en effet constituées par des cellules identiques à celles de la couche de Malpighi de l'épiderme et on doit d'après S. les considérer comme des formations de type nævique épithélial, sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit de productions qui ont perdu des connexions originelles avec l'élément générateur ou bien s'il s'agit de véritables germes épidermiques aberrants. Il n'est pas non plus possible de dire si de tels germes embryonnaires, dont le développement se produit à une époque déterminée sous l'influence de causes inconnues, étaient originairement destinés à la formation de glandes sébacées ou sudoripares. Les formations kystiques auxquellent aboutissent un certain nombre de ces formations cellulaires, sont dues à un processus de dégénérescence vacuolaire des éléments cellulaires dont la cause nous échappe, d'autant plus que l'on peut observer simultanément des amas cellulaires bien conservés à côté de véritables cavités kystiques, ces dernières représentent vraisemblablement un stade plus avancé du processus.

En dehors des arguments d'ordre histologique, les caractères clinico-morphologiques : apparition dans le jeune âge, fixité et symétrie des lésions peuvent aussi être invoqués en faveur de la nature nævique, bien que l'aspect morphologique diffère complètement de celui des véritables nævi cutanés communs.

Se basant sur les caractères histologiques du cas étudié, S. est d'avis qu'il convient de maintenir l'appellation initiale de Jacquet-Darier : hidradénome éruptif, à la fois pour des raisons de simplification et aussi d'hommage à ces deux auteurs, car si chacun veut créer une appellation nouvelle suivant telle ou telle particularité du cas personnel qu'il a étudié on ne pourrait qu'aboutir à la confusion par la multiplicité des termes. Si l'auteur devait tomber dans ce travers, il proposerait le terme de *nævus épithélial kystique éruptif bénin*. BELGODERE.

Phénomènes immunitaires dans les staphylomycoses cutanées, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1487. Bibliographie.

C. a effectué des recherches qui se proposaient deux fins : 1° vérification de la présence d'immuncorps antistaphylococciques dans le sang, chez des sujets atteints de staphylomycoses des téguments ; 2° contrôle de l'état allergique cutané chez les mêmes sujets. Les antitoxines du sang furent évaluées à travers la mesure du titre antihémolytique du sérum ; la réactivité cutanée à travers l'intradermo-réaction avec un antigène spécifique. Pour le traitement des diverses dermatoses étudiées, il fut fait usage d'un anatoxivaccin staphylococcique de fabrication particulière : une composante anatoxinique, dans le but d'augmenter la teneur en antitoxine du sérum et une composante bactérienne capable d'influencer l'allergie cutanée dans le sens de la désensibilisation.

En expérimentant sur des sujets sains, ou atteints d'autres affections, il fut possible de constater la présence d'un léger titre antihémolytique du sérum de sang normal, capable d'inhiber l'hémolyse même à des dilutions de 1/40e sur un système hémolytique comprenant dix doses hémolytiques + 1 centimètre cube d'hématies de lapin à 1 o/o. Une augmentation des antitoxines s'observe chez les sujets atteints de staphylomycoses, à un degré généralement proportionné à la diffusion et surtout à la profondeur des lésions. Lorsqu'intervient un traitement anatoxivaccinique, intra ou hypodermique, l'augmentation des antitoxines sériques devient fonction, et du nombre des injections, et des caractères cliniques sus-mentionnés. Parfois nul chez les nouveau-nés, minime dans les impétigos, surtout infantiles, le pouvoir antihémolytique augmente progressivement dans les sycosis et les pyodermites profondes (1 : 640), dans les furonculoses et l'acné (1 : 1280) pour atteindre son maximum dans les cas de lymphangite staphylococcique (1 : 2560). La légère augmentation qui peut se manifester à la suite de l'administration de vaccins communs doit être interprétée comme une réaction banale à des protéines étrangères bactériennes et non comme une réaction spécifique à des toxines ou des toxoïdes dont ces vaccins sont exempts.

La condition allergique cutanée, révélée par l'intradermo-réaction, est indépendante de l'état immunitaire humoral que révèle le contenu du sérum en antihémolysine. Cette intradermo-réaction, pratiquée avec une suspension de germes seuls ou bien avec un anatoxivaccin nous renseigne sur l'état de maladie de la peau, en nous en révélant l'hypersensibilité à l'antigène spécifique. La voie d'administration intradermique est essentielle pour influencer l'état allergique particulier de la peau. La courbe de l'hypersensibilité cutanée est indépendante de la courbe des antitoxines hématiques et même orientée presque en sens opposé. La courbe hématique s'élève peu à peu, tandis que la courbe cutanée s'abaisse et s'épuise avec l'amélioration clinique et le traitement. Tandis que d'une part, la guérison peut être obtenue à travers des phénomènes histiogènes locaux révélés par l'atténuation de l'intradermo-réaction, indépendamment du contenu élevé du sang en antitoxine (qui conditionne une plus difficile diffusion du processus pathologique en profondeur, et qui peut du reste aussi favoriser la défense locale cutanée), d'autre part, un contenu élevé du sérum en antitoxine peut exister en dehors de l'immunisation du tégument, bien mieux, coexister avec un état d'hypersensibilité, expression probable d'hyperréceptivité, laquelle non seulement favorise la persistance de la staphylomycose, mais en facilite aussi la diffusion et la récidive. BELGODERE.

Les teignes dans la province de Nuoro, par Giovanni RIVELLONI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1505, 9 fig. Bibliographie.

La teigne sévit en Sardaigne avec une intensité impressionnante (par

exemple 6.000 teigneux dans la seule province de Sassari). Cela est dû à l'ignorance et à l'incurie hygiénique d'une population primitive ainsi qu'à l'inertie et à la mauvaise volonté d'autorités locales dont le niveau social n'est guère plus élevé que celui de leurs administrés. Dans ce travail, R. donne les résultats statistiques qu'il a pu établir pour la province de Nuoro, nouvellement constituée. Il fait remarquer que ce travail ne présente pas seulement un intérêt statistique, mais aussi nosologique, car il est bien établi que la flore mycologique des teignes varie d'une région à l'autre, et que les variétés cliniques provoquées par un même champignon sont également variables suivant les régions.

Voici, résumés, quels sont les résultats qu'ont fournis ces recherches :

1° La flore mycologique de la province de Nuoro, dans l'état actuel des recherches, paraît peu variée : les *Trichophyton* représentent 89 o/o des teignes, et les 11 o/o restant sont dues à l'*Achorion* ;

2° Le *Trichophyton violaceum* est l'hyphomycète qui est de beaucoup le plus répandu ; à lui seul il occasionne 85 o/o des trichophyties et présente une prédilection particulière pour le cuir chevelu ;

3° Il n'a pas été constaté de teignes microsporiques ;

4° Les affections teigneuses, dans l'ensemble, se présentent avec des caractères de lésions torpides ;

5° Il n'a pas été possible de mettre en évidence un rapport net et constant entre la forme clinique et la variété mycologique ; en effet, les espèces mycologiques isolées bien que certaines d'entre elles aient montré, comme le *Violaceum* une tendance à provoquer un type donné de lésion, ont donné lieu à toutes les variétés cliniques de la trichophytie.

Le travail se termine par un chapitre relatif aux moyens prophylactiques à mettre en œuvre pour enrayer la regrettable diffusion de ces dermatoses. BELGODERE.

Observations critiques sur l'interprétation des caractères de dimension du pomphus comme preuve d'hydrophilie du tissu, par FLARER, *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1523.

Dans une publication récente, Comel, constatant que la peau des malades atteints de sclérodermie présente une réaction pomphogène inférieure à la normale, en avait conclu que la peau des sclérodermiques présente une hydrophilie moindre que la peau des sujets normaux. F. conteste une pareille interprétation : pour lui, le pomphus n'a rien à voir avec l'hydrophilie ; sa formation est due à l'afflux de liquide issu des vaisseaux, et si, dans la sclérodermie, le pomphus ne se forme pas, ou se forme difficilement, cela tient uniquement à la constitution de la peau chez ces malades, à sa structure serrée et compacte, qui s'oppose mécaniquement à l'accumulation du liquide.

Il fait, en effet, la remarque suivante : si on injecte dans la peau une goutte d'histamine, il se produit, dans les conditions normales, un

pomphus ; mais si, après avoir fait cette injection, on exerce sur la peau une pression au moyen d'une lame de verre, le pomphus n'apparaît pas. Ira-t-on prétendre que cette pression a pu inhiber la propriété hydrophile de la peau ? Donc, ce n'est pas l'hydrophilie qui est la cause du pomphus.

D'autre part, si l'on injecte dans la circulation des solutions colorantes, on voit celles-ci apparaître dans le pomphus. N'est-ce pas là encore une preuve que celui-ci est bien dû à une collection liquide surtout interstitielle, formée par du liquide issu des vaisseaux et non, comme le veut Comel, dû à une modification de l'état d'imbibition des colloïdes cutanés ?

D'autre part, si on fait des injections intradermiques dans le tissu cutané cicatriciel, dont la consistance montre, sinon une identité, du moins des analogies avec le tissu sclérodermique, on fait les mêmes constatations que dans la sclérodermie : le pomphus apparaît plus ou moins accentué ou n'apparaît même pas du tout, suivant la consistance plus ou moins forte de la cicatrice.

Du reste, même sur la peau normale, la réaction pomphoïde est d'intensité variable selon les régions : elle est beaucoup moins nette à la plante du pied qu'à la paupière. Voudrait-on soutenir que ces différences sont dues à des différences d'affinité hydrophile de la peau ?

Il est vrai que, chez les sclérodermiques, on a vu la réactivité pomphoïde devenir plus nette après la parathyroïdectomie ; mais comme cette opération amène habituellement une diminution de consistance de la peau, cet argument, loin d'aller à l'encontre de l'interprétation de F. la renforce au contraire.

Pour toutes ces raisons, F. croit devoir rejeter l'interprétation de Comel. BELGODERE.

Sur la genèse des œdèmes cutanés circonscrits (pomphi), par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1532, 4 fig.

Cet article peut être considéré comme une réplique au précédent et aux critiques de Flarer.

Dans une première partie, l'auteur expose les idées modernes sur la production des œdèmes. Aux conceptions anciennes, mécaniques, fort simples et même simplistes, mais inexactes, sont venues se substituer les conceptions *histiogènes*, qui placent dans les tissus eux-mêmes le mécanisme *déterminant* de l'œdème. Les facteurs mécaniques n'interviennent que pour donner à ces œdèmes leurs caractères *formels*. C'est à la confusion fréquente entre ces facteurs « déterminants » et ces facteurs « formels » que sont dus la plupart des désaccords et des controverses. A la base de la formation des œdèmes, il y a la *réaction œdématigène*, en vertu de laquelle les colloïdes cellulaires acquièrent une faculté de gonflement accrue, qui leur permet de fixer de l'eau et par suite de se gonfler. Il s'agit donc d'une modification *physico-chimique*

des tissus, par laquelle ceux-ci se gonflent par fixation d'eau et de sels.

Dans une seconde partie de ce travail sont précisées les notions de mécanisme déterminant et de mécanisme formel. Le mécanisme déterminant, c'est l'ensemble des conditions qui, nécessairement, provoquent la réaction œdématigène. Par exemple, condition de siège ; il s'agit, en réalité, d'un engrènement complexe de phénomènes physico-chimiques, avec modification du pH des tissus, accumulation de produits normaux ou pathologiques du métabolisme, susceptibles de modifier l'aptitude au gonflement du substratum cellulaire. Le mécanisme formel, c'est l'ensemble des influences accessoires, parmi lesquelles, en premier lieu, les conditions circulatoires : ischémie, hyperémie, vaso-dilatation capillaire et artériolaire. Mais leur rôle n'est qu'accessoire : ils peuvent bien empêcher l'œdème, même si la réactivité œdématigène existe, par suite d'un apport insuffisant du liquide indispensable à sa production ; mais, par contre, si la réactivité œdématigène fait défaut, l'œdème ne se produira pas, alors même que ces facteurs accessoires seraient présents. C. discute également le rôle du facteur *pression* et montre qu'il ne peut expliquer la formation de l'œdème ; ce qui importe, ce n'est pas la pression du liquide, mais sa *présence*, et celle-ci est due beaucoup plus qu'à la pression, aux facultés captatrices de l'eau et des sels par la peau, et essentiellement par le derme. Mais encore, la présence de l'eau et des sels, des « matériaux formels » de l'œdème ne suffit-elle pas à provoquer celui-ci ; il faut encore que la réaction œdématigène soit déchaînée par des facteurs propres, capables d'augmenter la faculté de gonflement de la trame dermique au delà des limites normales.

Une dernière partie de ce travail est consacrée à l'étude des rapports entre la pression extrinsèque et l'œdème. Certains auteurs, se basant sur le fait que, par une pression externe, on peut empêcher la production du pomphus ont voulu voir là une preuve du rôle joué par la pression sanguine dans la formation des œdèmes. C. réfute cette opinion en invoquant l'autorité et les travaux de Lewis et de l'Ecole anglaise, ajoutant aussi à cette démonstration l'argument de ses expériences personnelles. Il discute notamment le cas des tissus cicatriciels et des tissus sclérodermiques et démontre que les critiques faites à ce propos par Flarer dans l'article ci-dessus ne sont pas fondées.

BELGODERE.

La cuti-réaction et l'intradermo-réaction dans les affections gonococciques, par Angelo SCARPA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1543. Bibliographie.

Après quelques considérations sur l'importance du sujet, en raison des difficultés que l'on rencontre parfois pour reconnaître la nature gonococcique d'un processus pathologique, ou pour affirmer la guérison d'une infection gonococcique, après avoir rapidement passé en revue les travaux antérieurs, S. fait l'exposé de ses recherches personnelles.

Elles ont porté sur 240 sujets, la plupart atteints de manifestations gonococciques, aiguës ou chroniques, d'autres guéris, d'autres enfin indemnes, à titre de témoins ; 110 ont été soumis à la cuti-réaction avec le Blenotest de l'Institut sérothérapique de Vienne ; 130 ont subi l'intradermo-réaction avec le vaccin gonococcique de Bruschettini.

Les observations faites par S. lui permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

La cuti-réaction avec le Blenotest ne répond à aucun des desiderata nécessaires pour accorder une valeur à une épreuve biologique : précocité, sensibilité, spécificité.

L'intradermo-réaction, au contraire, est douée d'une relative précocité. Sur 82 sujets gonococciques certains, elle a donné seulement 47 résultats positifs, soit environ 60 o/o. Sur 48 sujets contrôles, elle a donné 5 résultats positifs, soit environ 10 o/o de résultats aspécifiques.

La valeur de cette épreuve est donc compromise, moins par sa faible spécificité que par son aspécificité relativement forte. Dans ces conditions, il ne faut pas compter dans la pratique sur l'intradermo si on attend d'elle une réponse nette, précise et sûre.

Mais elle n'est pas cependant sans valeur, en tant qu'elle peut fournir une orientation pour le diagnostic, faire pencher la balance en l'associant à d'autres critères, surtout si le résultat est positif. Par contre, un résultat négatif a beaucoup moins de valeur, puis qu'il peut être constaté même chez des sujets porteurs de gonocoques.

Donc, l'intradermo-réaction est à conseiller. La cuti-réaction, par contre, est dépourvue de toute valeur. BELGODERE.

Le service de prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes dans la ville et la province de Milan pendant la décade 1924-1933, par Angelo BELLINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934. p. 1555.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur ce rapport, malgré son intérêt, mais parce que cet intérêt réside surtout dans la répétition des constatations qui ont été faites un peu partout, en Italie et dans les autres pays. A savoir : augmentation très forte des maladies vénériennes pendant la première année de la guerre, diminution pendant les années consécutives, réascension durant la période immédiate de l'après-guerre ; nouvelle diminution jusqu'en 1928-1929, enfin nouvelle recrudescence depuis cette date. B. attribue la recrudescence actuelle à la crise économique et au chômage qui a entraîné beaucoup de femmes vers la prostitution. Il fait valoir les heureux résultats qui ont été obtenus en Italie depuis 1924 par l'institution de nouveaux règlements, conçus dans un esprit sanitaire, et non plus policier comme précédemment. En application de ces règlements, ont été créés de nombreux dispensaires antivénériens pour le traitement des prostituées, un service de visites régulières des prostituées a été organisé, et confié à des médecins compétents et indépendants.

B. dénonce une fois de plus le danger des prostituées clandestines, et conclut à l'extension et au renforcement de la réglementation, comme du reste tous ceux qui parlent de ces questions en connaissance de cause.

BELGODERE.

Les cliniques spéciales au point de vue de l'examen d'Etat pour la profession de médecin chirurgien. « La dermosyphilopathique », par TOMMASI, *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXV, fasc. 4, août 1934, p. 1573.

En Italie comme en France, le diplôme de docteur en médecine confère le droit d'exercer dans tous les domaines médicaux et chirurgicaux. On accède à ce diplôme à la suite d'un examen d'Etat final, indépendant des habituels examens universitaires subis en cours d'études. Pour cet examen d'Etat on tient compte, non seulement des connaissances dont font preuve le candidat. mais aussi de son *curriculum*, des stages hospitaliers affectués.

Mais il existe aussi un diplôme de spécialiste, pour chacune des spécialités et, s'il est entendu que tout médecin a le droit de soigner tout malade, nul ne peut cependant se prévaloir du titre de « spécialiste » s'il n'en a pas obtenu le diplôme.

Pour l'examen d'Etat, on n'exige que des connaissances générales, des stages dans des services de médecine et de chirurgie générale, mais aussi dans certains services spéciaux, tels que pédiatrie, obstétrique. Pas dans tous cependant : certaines spécialités ne sont pas obligatoires, et entre autres la dermosyphilopathie.

C'est contre cette exclusion que proteste T. Il ne s'agit pas d'exiger de l'étudiant une connaissance approfondie d'une spécialité. Mais étant donné que, dans la pratique courante, le diagnostic de syphilis se pose dans un tiers au moins des cas, il s'ensuit que l'obligation d'un stage dans les services de dermosyphilographie s'impose pour tous les candidats au diplôme de doctorat.

Le Pr. Pasini ajoute à cet article une note dans laquelle il s'associe énergiquement aux conclusions de son collègue. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Les fractions du soufre urinaire dans les maladies cutanées et dans la syphilis, par P. CERUTTI. *Il Dermosifilografo*, 9e anné, n° 8, août 1934, p. 417. Bibliographie.

L'auteur rappelle l'importance du rôle joué par le soufre dans la physiologie et la pathologie de la peau. Ce rôle peut être contrôlé par l'étude de l'élimination du soufre et en particulier par l'élimination urinaire qui se prête mieux aux recherches. Ce soufre urinaire comprend diverses fractions : tout d'abord le *soufre acide* ou soufre complètement oxydé, et le *soufre neutre* ou soufre organique, ou soufre incomplètement oxydé; le soufre neutre s'obtient dans les dosages par la diffé-

rence entre le soufre total et le souffre acide. Le soufre acide comprend à son tour deux fractions savoir : le *soufre des sulfates* c'est-à-dire l'acide sulfurique qui est utilisé par le foie pour être uni aux métalloïdes (Na, C. K) le surplus étant éliminé, et le *soufre conjugué* c'est-à-dire l'acide sulfurique que le foie utilise pour l'associer aux produits toxiques aromatiques qui lui arrivent de l'intestin ou de la désintégration des substances protéiques, qui sont ainsi rendues inoffensives.

Dans l'étude des fractions sulfurées urinaires il importe encore d'évaluer deux rapports : le rapport entre le S complètement oxydé et le S total (SO : ST) et le rapport entre le S conjugué et le S total (Sci : ST). Le premier, dépendant de la quantité de S neutre présent dans les urines indique la capacité plus grande ou plus faible du foie d'oxyder le S qui lui parvient et par suite peut être un indice de la fonctionnalité du viscère hépatique ; le second au contraire dépend de la quantité des produits de sulfo conjugaison et représente un indice des putréfactions intestinales.

C. a déterminé les fractions du S urinaire des 24 heures chez 37 patients atteints de dermatoses diverses, pour la plupart de type généralisé et desquamantes et de syphilis. Il trouve une forte diminution du S dans un cas d'érythrodermie, dans un psoriasis et dans un pemphigus foliacé. Pareil fait est en relation avec la forte desquamation épidermique qui entraîne une forte perte de S à travers la peau, qui est contre-balancée par une perte moindre dans les urines.

Le rapport SO : ST est altéré dans 7 cas, concernant deux érythrodermies, un psoriasis, un pemphigus foliacé et trois cas de syphilis ; ce phénomène est un indice d'altération de la fonction hépatique que l'on doit considérer dans les dermatoses comme probablement secondaire aux manifestations cutanées. Le rapport Sci : ST est supérieur à la normale dans 46 o/o des cas étudiés, ce qui est en faveur d'une résorption plus grande de substances toxiques de la part de l'intestin.

L'examen des fractions du S urinaire dans les dermatoses peut donc avoir une importance au point de vue du pronostic.

BELGODERE.

Courbe uricémique dans le psoriasis, par ANGELO SCARPA. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 8, août 1934, p. 429.

L'auteur poursuit des recherches sur lesquelles il a déjà fait une publication précédente, dont le but est, en se basant sur les notions acquises de physiopathologie sur le métabolisme général et cutané de l'acide urique, d'examiner le problème des éventuelles hypothétiques corrélations entre l'acide urique et les dermatoses en général et le psoriasis en particulier.

Dans cette nouvelle série de recherches, il a étudié le comportement de la courbe uricémique après administration préalable intraveineuse d'acide urique, chez quelques psoriasiques et chez quelques autres sujets indemnes de psoriasis, à titre de contrôle,

Le dosage de l'uricémie a été effectué selon la méthode de Brown et au moyen du photomètre de Pulfrich.

Des résultats obtenus, l'auteur peut tirer les conclusions suivantes :

1° Chez les psoriasiques il y a manifestement une plus grande lenteur de la courbe uricémique, si bien que, au bout de 24 heures il persiste encore de l'hyperuricémie.

2° Chez les sujets témoins au contraire l'hyperuricémie initiale disparaît au bout de 4 heures environ après l'introduction de l'acide urique, donnant lieu même à une hypo-uricémie relative au bout de 24 heures.

3° La solution d'acide urique n'a provoqué chez les sujets aucun trouble.

4° L'administration d'acide urique n'a eu aucune influence clinique sur la dermatose.

5° L'uricémie des psoriasiques, avant l'injection d'acide urique, n'a montré aucune différence avec les doses habituelles des sujets normaux.

Belgodere.

La lues et son développement (Relevés clinico statistiques des années 1920-1933), par Candido Maderna. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 8, août 1934, p. 438.

Voici encore un travail consacré à cette question discutée : la syphilis diminue-t-elle, ou est-elle en augmentation ? L'auteur a eu comme champ d'observation les malades de la Clinique Universitaire de Naples. Il rapporte d'abord les résultats des statistiques qui ont été publiées dans les divers pays et dans les diverses villes de l'Italie, sur lesquels il est superflu d'insister, puisqu'ils ont déjà fait ici même l'objet de multiples analyses d'origine les plus diverses, et l'on sait que, d'une manière générale, les statistiques accusent une période d'augmentation aussitôt après la guerre, puis une période de diminution, enfin une période de recrudescence depuis 1926.

A Naples, si l'on divise en tranches de 5 années la période 1920-1933, on trouve, dans la première tranche un pourcentage de 5.45 par rapport à la totalité des malades, et de 9 17 par rapport aux vénériens seuls ; pour la deuxième tranche, 7.26 et 13 5 o/o de syphilitiques ; pour la troisième tranche, 4.22 et 11.95 o/o.

Donc, à Naples, s'il y a eu une forte recrudescence en 1925, elle a été suivie d'une diminution et, dans l'ensemble, le nombre des syphilitiques n'a pas augmenté.

L'auteur insiste particulièrement sur la question de la syphilis congénitale, faisant observer qu'il est difficile de fournir des statistiques exactes car, d'une part, beaucoup de cas restent méconnus, d'autre part, tous ceux qui sont reconnus ne le sont pas dans les services de syphiligraphie, mais sont répartis dans des services divers, notamment dans les services de pédiatrie. Mais M. fait observer que, en 1931 et 1932, on a constaté en Italie un fléchissement très sensible du mouvement démographique ; l'excédent des naissances sur les morts est passé de 11.6 o/oo à 8,5, sans

que ce fait puisse s'expliquer par aucune épidémie. On peut se demander si l'hérédo-syphilis n'a pas joué un rôle important dans cette diminution de la natalité.

Enfin un autre fait digne de remarque, c'est la diminution de plus en plus accentuée des formes graves et destructrices de la syphilis. On n'observe plus actuellement que des cas légers, et même très légers, par comparaison avec ceux d'autrefois, ce qui est dû, incontestablement au perfectionnement de nos moyens de traitement et de diagnostic, bien que les malades se soignent souvent d'une manière très irrégulière et intermittente. BELGODERE.

Les préparations d'or dans le traitement du lupus érythémateux, en particulier par le solganal B en suspension huileuse, par GORI SAVELLINI. *Il Dermosifilografo*, 9e année, n° 8, août 1934, p. 449. Bibliographie.

Après un court aperçu historique sur l'aurothérapie en général et plus particulièrement sur ses applications en dermatologie, l'auteur s'intéresse plus spécialement aux suspensions huileuses de sels d'or et notamment au *Solganal B* qui est un aurothio glucose, contenant 50 o/o d'or et dont la formule est $C^6H^{11}O^6SAu$. Ces suspensions huileuses présentent sur les solutions aqueuses de grands avantages : résorption lente et toxicité très faible, point capital, puisque le principal obstacle à l'emploi des sels d'or est leur toxicité. S. a entrepris une série de recherches pour éprouver l'efficacité du Solganal B en injections intramusculaires dans la tuberculose cutanée en général et plus spécialement dans le lupus érythémateux, maladie dans laquelle cette thérapeutique a donné des succès affirmés par de nombreux expérimentateurs. Il a traité 25 malades, dont 20 lupus érythémateux, 1 lupus vulgaire, 1 lichen scrofulosorum, 1 tuberculide papulo nécrotique, et enfin 2 cas de lèpre. Il donne les observations résumées de ces 25 cas qui montrent, dans l'ensemble, des résultats très satisfaisants, puisqu'il a obtenu des guérisons dans 52 o/o des cas, et, pour presque tous les autres, de notables améliorations. Pour les deux cas de lèpre, par contre, les résultats ont été à peu près nuls, si même il n'y a pas eu aggravation.

Pour ce qui concerne le lupus érythémateux, il note que les résultats les plus brillants ont été obtenus surtout dans les cas récents et dans les formes érythémateuses, sans hyperkératose. Au contraire, dans les cas anciens, avec processus atrophique et hyperkératose, l'amélioration a été beaucoup plus lente et beaucoup moins nette. Pour ce qui concerne le lupus vulgaire, les deux cas ont guéri, l'un était une forme nodulaire, l'autre une forme ulcéreuse, de sorte que S. ne peut se prononcer sur le désaccord des auteurs dont certains attribuent une efficacité plus grande au traitement aurique les uns dans l'une, les autres dans l'autre de ces deux formes.

Les accidents d'intolérance ont été nuls ou insignifiants, l'amélioration locale a été souvent accompagnée d'amélioration de l'état général, de reprise du poids, de modifications favorables du sang et il y a eu souvent parallélisme entre l'amélioration locale et générale.

Se basant sur ces faits, l'auteur pense que cette thérapie aurique n'agit pas par influence directe sur le germe, d'autant plus que les expériences *in vitro* ont montré que cette influence était très faible. Il y aurait influence indirecte, exaltation des moyens de défense de l'organisme. La cure par le Solganal B serait une thérapie *constitutionnelle*, une chimiothérapie *de la personne*. C'est ce qui explique peut-être les résultats variables, les échecs dans certains cas, parce qu'il s'agirait d'organismes qui répondraient mal à la stimulation.

Pour conclure, S. estime que les préparations auriques en suspension huileuse, en raison de leur efficacité, de leur innocuité, sont appelées à un brillant avenir et que leur emploi en dermatologie est appelé à prendre une extension de plus en plus grande. BELGODERE.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Sur la lèpre des rats dans les préfectures du Nord-Est au Japon avec cultures de l'agent pathogène et expériences sur l'animal avec les cultures (Ueber Rattenlepra in des nordvestlichen Præfekturen Japans, nebst Kultivierung ihrer Erreger und Tierversuchen mit den Kulturen), par SHUZO ASAMI. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 2, avril 1934, p. 83, 10 figures.

Bibliographie et recherches personnelles sur la lèpre du rat dans les préfectures du Nord-Est, au Japon. La lèpre du rat est très répandue dans ces pays, l'auteur la constata chez 17 rats (7,88 o/o) sur un nombre total de 2.157 rats. La majorité des rats atteints appartenaient à l'espèce *Rattus norvegicus norvegicus* (Erxleben) et les autres à l'espèce *Rattus rattus rattus* (Linné), Parmi les espèces *Rattus rattus alexandrinus* (Geoffroy) et *Mus molossinus molossinus* on ne trouva aucun sujet malade. Tous les rats lépreux étaient adultes, ou vieux, la lèpre semble très rare chez les jeunes animaux. Les rats mâles étaient plus souvent atteints que les femelles, comme c'est le cas aussi chez l'homme. Tous les animaux malades présentèrent des adénopathies, plusieurs des ulcérations cutanées et une chute des poils. Les coupes histologiques des lésions contenaient des bacilles acido-résistants. On ne constata pas de lésions macroscopiques dans les poumons, le foie, la rate et les reins.

Les ensemencements faits avec le tissu glandulaire des 17 rats lépreux donnèrent 12 résultats positifs (bacilles acido-résistants) par la méthode modifiée de Lœwenstein-Sumiyoshi ; les cultures sont d'après l'auteur, des cultures pures du *Mycobacterium lepræ murium*, que l'on peut diviser d'après la couleur, en deux types : *cremeum* et variété *vitellinum*. L'inoculation des cultures obtenues provoqua la lèpre chez les rats blancs et bruns, ainsi que chez la souris blanche, le cobaye et le lapin (dans 23 et 41 o/o des cas).

Les lésions macroscopiques et histologiques de la lèpre expérimentale sont presque identiques à celles de la lèpre spontanée avec présence de bacilles acido-résistants. OLGA ELIASCHEFF.

Etudes expérimentales et histologiques sur la genèse du virus dans les pemphigus (Experimentelle und histologische Studien zur Frage der Virusgenese der Pemphiguserkrankungen), par Trich Urbach et Stefan Wolfram. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 2, avril 1934, p. 120, 13 figures.

Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur l'origine du virus dans les pemphigus et dans la maladie de Dühring et sur leur traitement par la germanine. Les auteurs concluent : 1° Le sang et le contenu des bulles de malades atteints de pemphigus vulgaire et de dermatite herpétiforme de Dühring provoquent chez le lapin un aspect clinique et anatomo-pathologique tout à fait caractéristique (parésie, convulsions, cachexie, encéphalomyéloméningite). On peut transmettre les lésions d'animal à animal par l'inoculation de liquide céphalo-rachidien ou d'une suspension de cerveau. 2° Le fait de la possibilité très fréquente de transmission des pemphigus de l'homme par l'animal à l'animal est en faveur d'un agent pathogène infectieux invisible. Les auteurs rangent les pemphigus dans le groupe des maladies à virus filtrant. Les observations cliniques, les recherches patho-chimiques et surtout les résultats de l'expérience sur l'animal permettent la conclusion que le pemphigus vulgaire et la dermatite herpétiforme de Dühring ont la même origine mais présentent des aspects cliniques différents.

Olga Eliascheff.

Le luotest et les réactions de Meinicke pour le diagnostic de la syphilis congénitale, spécialement dans sa forme latente (Luotest und Meinicke-Reaktionen in der Diagnose der Kongenitalen, besonders latenten Lues), par O. Valentova et J. Obrtel. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 2, avril 1934, p. 154.

Les réactions intradermiques « Luotest » sont, d'après les auteurs, d'une grande valeur pour le diagnostic de la syphilis héréditaire latente à côté des réactions sérologiques sensibles. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des cultures du Schizosaccharomyces hominis, Benedek 1927, 5e et dernière communication : la méthode de centrifugation (Bemerkungen zum Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces hominis, Benedek 1927. 5 (Schlss) Mitteilung : Die Centrifugiermethode), par T. Benedek. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 2, avril 1934, p. 162.

Méthodes et technique pour la recherche du *Schizosaccharomyces hominis* de Benedek dans le sang citraté.

La solution citratée est composée de :

Citrate de soude	0,6
Chlorate de soude	0,9
Eau distillée ad.	100,0

On peut par cette méthode mettre en évidence le parasite circulant dans le sang. La recherche a été pratiquée dans : le pityriasis rosé de Gibert (19 cas dont 78,9 o/o positifs) le Pompholyx Hutchinson (35 cas :

60 o/o positifs), l'eczéma seborrhoïque Unna (35 cas : positifs 54,3 o/o), le psoriasis (38 cas : 71,0 o/o positifs). Olga Eliascheff.

Sur le lichen plan avec considérations spéciales sur les cellules de Lipschutz (« Centrocytes ») (Ueber Lichen ruber planus mit besonderer Berncksichtigung der Lipschütz-Zellen (« Zentozyten »), par T. E. Olin. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 2, avril 1934, p. 193, 10 figures.

Revue des travaux de Lipschutz sur des cellules rencontrées dans le lichen plan et recherches personnelles dans 12 cas de lichen plan. L'auteur conclut que les cellules de Lipschutz (les centrocytes) se rencontrent régulièrement dans le lichen plan ; ce sont des histiocytes (ou macrophages libres) dont le protoplasma contient des nucléoles de volumes différents, facilement colorables. Les cellules sont le plus nombreuses à la limite épidermo-dermique, surtout dans les points où il existe un fort œdème de la couche basale et des bourgeons interpapillaires et de nombreuses cellules dégénérées. Elles se rencontrent aussi entre les cellules basales, plus rarement entre les cellules épineuses ou dans l'infiltrat du derme et là parfois aussi dans la lumière des capillaires et des veines. La théorie de Lipschutz, d'après laquelle les nucléoles sont des centrioles appartenant aux microcentres « pathologiques » ne peut pas être acceptée. Ces nucléoles sont très probablement des produits de condensation, provenant des produits de désagrégation de cellules épidermiques et endothéliales modifiées. Dans ces conditions il est impossible d'attribuer à ces cellules une valeur étiologique.

Olga Eliascheff.

Cas de psoriasis arthropathique avec issue fatale (Fatal Case of Psoriasis arthropathica), par Gunnar Nordin. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 3, juin 1934, p. 221, 16 figures.

Observation d'un cas de psoriasis arthropathique chez un homme âgé de 34 ans dont le début remonte à l'âge de 24 ans. La maladie commença par une éruption de psoriasis, suivie bientôt d'une polyarthrite. Pas de lésions nerveuses, la réaction de Wassermann était négative, le métabolisme basal normal, les hémocultures négatives. Les radiographies montrèrent une atrophie diffuse des os, des lésions du cartilage et de la capsule osseuse. Disparition partielle des lésions cutanées. Le traitement, par l'arsenic, l'or, les extraits de glandes endocrines, etc., fut mal supporté. L'état général devint mauvais et le malade mourut. L'autopsie montra une pleurésie et pneumonie, une péricardite chronique, un psoriasis généralisé et l'histologie une amylose de la rate et des reins. Olga Eliascheff.

Métastase sarcomateuse hépatique du xeroderma pigmentosum, par F. Foeldvari. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 3, juin 1934, p. 253, 5 figures.

Observation d'un cas de *xeroderma pigmentosum* chez une fillette de 9 ans. A l'autopsie on constata microscopiquement un carcino-sarcome de

la joue : la partie carcinomateuse était composée de cellules ressemblant aux cellules basales avec des signes de kératinisation par places. La tumeur sarcomateuse de la peau ne contenait pas de mélanine, tandis qu'une tumeur métastatique du foie donna l'image typique du mélanosarcome. Description du *xeroderma pigmentosum*, son apparition familiale et congénitale et son hypersensibilité vis-à-vis les différents rayons lumineux. OLGA ELIASCHEFF.

La maladie de Mljet (« Mal de Méléda ») (Die Krankheit von Mljet), par FR. KOGOJ. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 3, juin 1934, p. 264, 11 figures.

Historique, bibliographie et observations personnelles avec examens anatomo-pathologiques de la maladie de Méléda. L'examen histologique des cas autochtones (pratiqué pour la première fois) montre des lésions identiques à celles décrites dans la kératose héréditaire palmaire et plantaire. La maladie de Méléda est un type spécial de la kératose héréditaire palmaire et plantaire d'Unna-Thost, elle se distingue de cette dernière par son développement continu pendant de longues années et par l'atteinte de régions du corps comme : la face dorsale des mains et des pieds, des avant-bras, des jambes, les régions des coudes et des genoux. On observe aussi fréquemment des lésions unguéales. La maladie de Méléda présente, d'après les recherches de Boznjakovic, un caractère récessif, tandis qu'il est toujours dominant dans la kératose d'Unna-Thost. L'auteur propose pour cette maladie la dénomination « kératose des extrémités héréditaire et progressive ». OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'épidermophytie des pieds (Beiträge zur Frage ueber die Epidermophytia pedum), par L. N. MASCHKILLEISSON, M. B. SEGAL et E. E. SIGALOWA. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 3, juin 1934, p. 300.

Les auteurs ont observé en 1931 112 sujets atteints d'épidermophytie des pieds. Leurs conclusions sont les suivantes : 1° La dyshidrose des pieds est dans la majorité des cas d'origine mycosique et provoquée par un champignon du groupe des épidermophytons ; 2° L'exacerbation aiguë des lésions dans les foyers primitifs aux pieds, suite tantôt d'un traumatisme, tantôt d'une thérapeutique irritante, produit la pénétration de champignons dans le sang et cette dernière provoque des éruptions allergiques en des points cutanés éloignés surtout à la peau des mains, des bras et de temps à autre des éruptions généralisées. On trouve rarement des champignons dans ces éruptions secondaires, mais l'épreuve à la trichophytine est très souvent fortement positive. Ces éruptions sont des épidermophytides ; 3° Les recherches biochimiques faites sur la peau ont montré que l'épidermophyton de Kaufmann-Wolff atteint son plus grand développement dans les tissus qui ont le même pH que la couche cornée de la plante du pied humain et cela explique la localisation de prédilection de l'épidermophyton à la plante des pieds et dans les espaces inter-

digitaux, ainsi qu'à la face palmaire des mains ; 4° Parmi les 170 cas d'épidermophytie des pieds, il s'agissait dans 51 cas (30 o/o) d'épidermophytides, dans 3 cas d'épidermophytides généralisées. Les espèces les plus répandues à Moscou sont les épidermophytons *gypseum* et *niveum* ; 5° L'humidité et le traumatisme prédisposent les sujets à l'infection épidermophytique (en présence de l'agent pathogène) et principalement la macération et la diminution de la teneur en acides de la surface cutanée sont d'une importance capitale pour la vitalité du champignon ; 6° Il faut traiter l'épidermophytie des pieds avec une grande prudence, car on doit toujours compter avec la possibilité d'une eczématisation des lésions primitives et d'une apparition d'éruptions allergiques.

Olga Eliascheff.

Sur les réactions au cours de la lèpre (Ueber Leprareaktion), par A. A. Shein. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 3, juin 1934, p. 314.

Les recherches sur les réactions des lépreux ont donné à l'auteur les résultats suivants : les exacerbations du processus lépreux diffèrent cliniquement et peuvent être présentées de la façon suivante : 1° Eruption de nouvelles lésions ; 2° Augmentation de l'inflammation dans les anciennes lésions ; 3° Lésions mixtes. L'inflammation est très aiguë, aiguë et subaiguë. Dans la majorité des cas les exacerbations sont du type I, 59,2 o/o ; du type II, 23,4 o/o et du type III, 17,4 o/o. L'exacerbation se localise, d'après les cas de l'auteur, principalement sur les membres, ensuite vient la face et les membres et uniquement la face. L'exacerbation des lésions cutanées produit une aggravation de la lèpre.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'eczéma des boulangers (Contribution to the knowledge of Baker's Eczema), par N. C. van Vonno, I. Struycken (Hollande) et P. Bonnevie (Copenhague). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 4, août 1934, p. 343, 8 figures.

Des recherches sur l'étiologie de l'eczéma des boulangers ont été publiées par van Vonno (*Acta Dermato-Vener.*, vol. XII, fasc. 1, avril 1931) et ont été faites parallèlement au Danemark et en Hollande. Les résultats de ces recherches combinées furent les suivants : on a constaté des dermatoses professionnelles (démangeaisons, dermites et eczéma des boulangers) dues à une hypersensibilité vis-à-vis du persulfate dans 14 o/o des cas ; vis-à-vis du froment dans 21 o/o des cas ; une hypersensibilité mixte (persulfate et froment) dans 32 o/o. Il fut impossible de démontrer la cause de l'hypersensibilité dans 32 o/o des cas.

Olga Eliascheff.

Sarcome sur lupus (Sarkoma in Lupo), par M. Schwarzwald. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 4, août 1934, p. 365, 2 figures.

Observation d'une malade de 62 ans opérée 11 ans avant l'apparition d'une tumeur exulcérée du muscle sterno-cléido-mastoïdien d'un adénocarcinome de l'utérus. L'examen histologique fait de la tumeur du cou

montra la structure d'un épithélioma baso-cellulaire. Une seconde biopsie fut pratiquée quelques mois après la première et la tumeur présenta alors la structure typique d'un sarcome fuso-cellulaire. La malade avait été soignée pendant 4 années 6 ans auparavant pour un lupus par des rayons de Rœntgen. OLGA ELIASCHEFF.

Scléro-poïkilodermie (Scléro-poikilodermia), par C. POSTMA et J. R. PRAKKEN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XV, fasc. 4, août 1934, p. 373, 3 figures.

Description d'un cas de poïkilodermie généralisée : le malade présenta en même temps une atrophie musculaire. Les auteurs font rentrer ce cas dans la poïkilodermato-myosite de Petges et Cléjat. Il est, d'après les auteurs, très probable que la poïkilodermie, la sclérodermie et la dermatomyosite ont la même étiologie. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du lupoïde miliaire bénin de Bœck (Zum benignes Miliarlupoid Bœck), par A. A. STEIN. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 4, août 1934, p. 386, 2 figures.

Observation détaillée d'un cas de lupoïdes disséminées de Bœck. L'autopsie montra une tuberculose pulmonaire, des lésions tuberculeuses, des ganglions bronchiques et médiastinaux. La tuberculose pulmonaire précéda les lésions cutanées. La réaction à la tuberculine fut négative chez cette malade, elle devint positive après une sensibilisation artificielle (apparition de l'allergie). OLGA ELIASCHEFF.

Etiologie des bubons strumeux. Adénite tuberculeuse inguinale simulant la lymphogranulomatose inguinale (Nicolas-Favre), par VL. FELDMANN et I. GOUTINE. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XV, fasc. 4, août 1934, p. 398, 4 figures.

Description de deux cas de bubons strumeux de nature tuberculeuse simulant la maladie de Nicolas-Favre. Les auteurs considèrent le bubon strumeux comme un syndrome à étiologie différente et donnent comme exemple leurs deux cas.

La nature tuberculeuse du bubon strumeux a été démontrée, dans le premier cas, par l'inoculation au cobaye ; l'injection d'une émulsion d'un ganglion du malade amena la mort des animaux. On constata à l'autopsie une tuberculose miliaire aiguë avec bacilles de Koch dans tous les organes. Dans le second cas, la présence de nombreux foyers tuberculeux de la peau, à côté d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne confirma l'origine tuberculeuse du bubon strumeux. Les auteurs soulignent la nécessité d'une méthode exacte pour la réaction de Frei et d'une appréciation minutieuse des résultats obtenus. Ils considèrent l'adénite tuberculeuse comme une réactivation endogène d'un ancien processus tuberculeux. OLGA ELIASCHEFF.

Deri Hastaliklari Ve Frengi Klinigi Arsivi (Stamboul).

A propos des kératoses, hyperkératoses et kératodermies plantaires et palmaires, par Houloussi Behdjet. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3 4, 1934, p. 225-229.

L'auteur a été amené à réunir toutes ces manifestations sous une même rubrique par la considération de ce fait que ce qui a été décrit comme symptomatique par quelques auteurs, s'est trouvé en relation étroite avec l'entité morbide proprement dite et que, par contre, ce qui a été considéré comme entité morbide s'est avéré simple symptôme.

L'auteur mentionne ici le cas rare d'une syphilis tertiaire à forme clinique de dermite exfoliatrice localisée exclusivement à la plante des pieds. Le Wassermann dans le sang était négatif, mais les réactions du liquide céphalo-rachidien se montraient positives. Un traitement mixte arséno-bismutique a suffi à faire disparaître les manifestations dans un court laps de temps.

L'auteur relate de même un cas de kératodermie plantaire syphilitique et trois cas d'eczéma hyperkératosique palmaire récidivant, tous guéris par le traitement antisyphilitique.

Il étudie ensuite des cas de manifestations palmaires et plantaires de nature parasitaire (champignos, actinomycose, sporotrichose, épidermophytie) et termine son travail par les conclusions suivantes :

1° On voit parfois qu'une manifestation décrite comme symptôme dépend directement de la cause essentielle et que d'autres fois une entité considérée comme essentielle ne représente que des manifestations accidentelles.

2° Dans quelques cas ressemblant au psoriasis où à la syphilis psoriasiforme — avec ou sans participation des ongles — il a été décélé des champignons. Dans d'autres cas suspects d'être parasitaires une syphilis a pu être dépistée. Aussi dans de tels cas loin de se contenter de la recherche des champignons, il serait utile de faire non seulement un ensemencement sur milieu de culture, mais aussi d'examiner le sang et le liquide céphalo-rachidien au point de vue de leurs réactions biologiques.

3° Dans les eczémas hyperkératosiques et les troubles psoriasiformes régionaux et récidivants il faut rechercher les mycoses. Si les cultures ne donnent pas de résultat concluant, il faut avoir recours au traitement d'essai.

R. Abimelek.

Lymphogranulomatose, par Muzaffer Chevki. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3-4, 1934, pp. 229-233.

Le malade qui fait l'objet de cette étude est un manœuvre âgé de 20 ans. Il se plaint d'un engorgement progressif de la région cervicale remontant à 2 mois. La circonférence alors de 39 centimètres atteint aujourd'hui 48 centimètres.

Le malade n'accuse pas de mouvement fébrile ; sa tension artérielle est de 13-10-7, le pouls régulier à 72 ; il ne présente aucune manifestation sur la peau ; le système nerveux est normal ; l'urine ne contient rien de spécial. L'examen du sang donne : globules rouges 4.000.000 ; globules blancs 12.650 ; hémoglobine à 80 o/o. Formule : polynucléaires neutrophiles 82 o/o ; leucocytes 12,75 o/o ; mononucléaires 2,75 o/o ; éosinophiles 2,5 o/o. Le Wassermann est négatif.

Passant en revue les affections s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire l'auteur cite et développe la leucémie lymphatique, la lymphadénie aleucémique, les adénites infectieuses, la lymphogranulomatose bénigne, la lymphogranulomatose maligne, la lymphadénie tuberculeuse, la lymphadénie syphilitique, les métastases cancéreuses, le mycosis fongoïde.

Prenant en considération les signes présentés par le malade ainsi que la biopsie qui révèle des cellules de Sternberg, il classe ce cas parmi les lymphogranulomatoses malignes type Paltauf-Sternberg et cela malgré le manque de prurit. R. Abimelek.

La syphilis. Accidents primaires génitaux et extra-génitaux, par Houloussi Behdjet. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3-4, 1934, pp. 234-282.

Leçon clinique faite à la Faculté, riche en observations personnelles et en figures très réussies. Cette leçon très documentée traite de la symptomatologie et du diagnostic différentiel des chancres ainsi que de la recherche des spirochètes par les différentes méthodes de laboratoire. Le travail ne se prête pas à une analyse concise. R. Abimelek.

A propos de la discussion sur les Leishmanioses cutanées, par Abimelek. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3-4, 1934, pp. 283-284.

L'article se rapporte essentiellement à l'importance que présentent la zone livide et le signe du clou dans le diagnostic clinique des boutons d'Orient, signes bien étudiés et mis en relief par Houloussi Behdjet.

R. Abimelek.

Comment Ehrlich a trouvé le Salvarsan, aperçu sur les principes de la chimiothérapie, par M. Saim. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3-4, 1934, pp. 284-288.

Après un court historique de l'application des arsénicaux dans les maladies exotiques, l'auteur décrit les théories émises et défendues par Ehrlich et les phases par lesquelles a passé le salvarsan avant sa réalisation. R. Abimelek.

Sémiologie des maladies cutanées et de la syphilis, par Djevat Kérim. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3-4, 1934, pp. 289-299.

Leçon faite à la Faculté et traitant des lésions élémentaires de la peau.

R. Abimelek.

A propos des dermites des figues, Houloussi Behdjet. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, nos 3-4, 1934, pp. 300-302.

L'auteur revient sur cette question à l'occasion de cas nouveaux et très intéressants observés au cours de cette année. Ainsi trois malades habituées depuis de longues années à la manipulation des figues et réfractaires aux troubles provoqués par celles-ci, ont montré cette année une très forte réaction au moindre contact. Une femme d'une cinquantaine d'années a réagi par une bulle de la grosseur d'une petite orange siègeant sur le dos de la main. Le contenu de cette bulle, gélatineux, à peine alcalin, renfermait des éléments fibrineux, des globules rouges, des leucocytes, des lymphocytes et 8 à 10 o/o d'éosinophiles. Comme signes caractéristiques l'auteur a trouvé chez ses malades des taches pigmentaires ponctuées ou en bandes sur la partie de la peau ayant été en contact avec le suc des figues. R. Abimelek.

Tedavi Seririyati Mecmuasi (Stamboul).

Xanthochromie et parasites intestinaux, par Abdulkadir Lutfi. *Tedavi Seririyati Mecmuasi*, mars 1934, pp. 16-27.

Sur 22 sujets atteints de xanthochromie, 15 étaient porteurs de nécators, 5 d'ascarides, 1 était diabétique et le dernier n'avait aucune affection apparente.

Le sang de tous ces malades examiné par la méthode de Hymans van der Bergh, contenait une quantité plus ou moins grande de lipochrome.

Chez 28 autres malades ne présentant pas de xanthochromie cette même recherche fut positive chez 21 et négative chez 7.

Afin d'étudier l'influence des aliments, dans la production de la xanthochromie, l'auteur a dosé la quantité de lipochrome contenu dans les divers aliments consommés dans le pays :

Citrouilles. . .	3,49	unités	Abricots secs . .	1,62	unités
Carottes . . .	2,44	»	Figues	0,70	»
Choux	0,93	»	Raisins noirs secs.	0,22	»
Pommes de terre.	0,122	»	Dattes	0,122	»
Maïs	0,71	»			

L'auteur a examiné la réaction du contenu intestinal des hommes et des animaux d'abattoir et est arrivé à cette conclusion qu'il n'est pas possible de s'appuyer sur cette réaction pour expliquer la présence de la xanthochromie.

Le sérum des lapins alimentés avec une nourriture riche en lipochrome avec addition de nécators n'a pas révélé de traces de lipochrome.

L'extrait thyroïdien a paru diminuer la teneur du sérum en lipochrome puisque chez un malade la quantité en lipochrome a passé de 1,07 à 0,73 et chez un second de 0,26 à 0,19. R. Abimelek.

Un cas de lèpre anesthésique simulant la syphilis, par Nuri-Osman. *Tedavi Seririyati Mecmuasi*, n° 14, 1934, pp. 69-71.

Malade âgée de 38 ans, atteinte de plaies des extrémités inférieures, de diminution de la sensibilité au niveau des mains et des pieds ; manifestations remontant à 18 ans. Pour ces divers troubles la malade avait été soumise à un traitement spécifique mixte, du reste sans résultat favorable.

A l'examen on constate la chute des poils au niveau des sourcils, des bras et des jambes, les narines sont ulcérées, le nerf cubital des deux côtés est induré et fusiforme, la muqueuse buccale sèche. Le sang montre un Wasserman et un Kahn fortement positifs. La sécrétion nasale révèle la présence de bacilles de Hansen de même qu'une coupe histologique faite sur un léprome de la jambe.

La malade fut soumise à un traitement approprié par cryothérapie des lépromes et injections d'antiléprol. Ce traitement continué pendant trois mois a procuré une amélioration notable. R. Abimelek.

Poliklinik (Stamboul)

La cause de la confusion dans la classification des maladies de peau, par Selim-Sabri. *Poliklinik*, nos 3-15, 1934, pp. 78-80.

Les nouvelles connaissance acquises telles que l'allergie, l'ésophylaxie, les sécrétions internes, etc., ont incontestablement apporté non seulement un changement dans le chapitre de la pathogénie et dans le traitement des maladies de la peau mais sont aussi en train de jouer un rôle important dans la classification de ces maladies. De telle manière que cette classification devient de plus en plus compliquée.

Dans l'état actuel des choses il y a une quantité de maladies cutanées pour lesquelles on est indécis à quelle classe les introduire. Ainsi l'érythème induré de Bazin, l'érythème pernio, la pseudopelade, l'acné cornée, les érythrodermies, l'impétigo herpétiforme, le parapsoriasis, etc.

Il serait à souhaiter de voir les maladies cutanées classifiées de façon plus rationnelle, en parallèle avec les connaissances actuelles.

R. Abimelek.

Istanbul Seririyati (Stamboul).

Données actuelles sur le traitement de la syphilis congénitale, par Ali-Chukri. *Istanbul Seririyati*, n° 8, 1934, pp. 283-286.

Enquête entreprise auprès du prof. Nobécourt et de MM. Ribadeau-Dumas, Levesque, Manzini, Kleinschmidt, Bessau, Knöpfelmacher et Erich Müller.

Il suit de cette enquête que le traitement de la syphilis congénitale par doses massives de spirocide n'est pas employé en France. En Allemagne les uns traitent avec le spirocide seul, les autres conjointement, avec le spirocide et l'onguent mercuriel, sans toutefois qu'il y ait accord sur la durée de ce traitement. Néanmoins, selon les cas, on se voit dans

la nécessité de prolonger le traitement pendant deux à trois ans et de poursuivre la surveillance jusqu'à la puberté et cela à l'encontre de la méthode préconisée par Müller qui se borne à une ou deux cures de spirocide. R. Abimelek.

Méningite syphilitique à forme de migraine ophtalmique, par Ali Rassim. *Istanbul Seririyati*, n° 8, 1934, pp. 291-293.

Le malade, âgé de 17 ans souffre depuis trois mois et demi d'une céphalée survenant tous les deux à trois jours, parfois chaque jour et localisée surtout à l'arcade sourcilière et à la région temporale gauches. Le malade est exempt d'épilepsie, d'urticaire, d'asthme; il n'a pas eu de crise colloïdoclasique, l'action d'une albumine étrangère est exclue. Pas de trace de stigmates spécifiques. L'examen clinique des divers organes ne revèle rien d'anormal. Le liquide céphalo-rachidien est clair il contient 100 lymphocytes, 0,40 d'albumine et donne une réaction fortement positive au Pandy, Nonne et Weichbrodt. Dans le sang le Wassermann est faiblement positif.

Cette migraine réfractaire au luminal, à la phénacétine, aux salicilates, au bromural et à tous les autres calmants, a cédé dès la quatrième injection de cyanure de mercure. R. Abimelek.

Les argyrocytes dans le cerveau et la question de l'évolution cyclique du spirochæta pallida, par Ihsan-Chukru. *Istanbul Seririyati*, n° 9, 1934, pp. 299-304.

S'appuyant d'une part sur la littérature mondiale et de l'autre sur ses études et travaux personnels, l'auteur tire à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Aucun équilibre positif ou négatif entre les argyrocytes et les spirochètes, dans le cerveau des paralytiques non impaludés.

Par contre chez les paralytiques impaludés on voit très peu de spirochètes et beaucoup d'argyrocytes.

2° L'examen histologique à lui seul n'est pas à même d'établir si les argyrocytes sont des cellules abritant des spirochètes en état de désagrégation ou sont de jeunes spirochètes à l'état embryonnaire ;

3° On voit dans le cerveau de quelques paralytiques, entre des foyers profus de spirochètes, des formes considérées comme embryonnaires, identiques à celles qu'on rencontre dans le testicule des lapins au cours de la syphilis expérimentale. Il est pourtant impossible de se prononcer catégoriquement là-dessus en se basant exclusivement sur l'examen histologique. Car la forme d'un même spirochète, vue dans une coupe histologique, est sujette à des variations multiples, selon que ce spirochète a été coupé d'une manière ou d'une autre.

C'est plutôt en ayant recours à des méthodes bactériologiques et biologiques qu'on étudiera le cycle évolutif du spirochète : théorie très attrayante mais qui demande encore des confirmations sérieuses.

R. Abimelek.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Sur l'hypersensibilité cutanée, par A. Wein, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), nº 8, 1933, pp. 602-608.

L'auteur rapporte 3 cas personnels rares et intéressants. Les voici :

I. — Il s'agit d'un milicien de 29 ans, marié, présentant un chancre dur. Après la première injection de Bijochinol (quinby russe), il a eu de la fièvre, des céphalées, une faiblesse générale et une éruption cutanée. La deuxième injection aggrave encore cet état. On apprend qu'il a présenté les mêmes phénomènes il y a 6 et 8 ans lorsqu'il a pris de la quinine pour combattre ses accès de paludisme. La peau du malade est érythémateuse, parsemée des petites vésicules, desquame par places, suinte et démange. L'éruption cesse au bout de 8-9 jours.

Supposant que c'est la quinine qui a provoqué la dermatite post-bijochinolique, on procède à des épreuves avec des compresses imbibées de solutions faibles de quinine qui ont provoqué des réactions cutanées violentes. Le malade a bien supporté d'autres préparations bismuthiques.

II. — Un employé de 32 ans a contracté la syphilis il y a 10 ans et a reçu en 6 ans, 9 cures spécifiques. A l'âge de 15-16 ans, il avait été atteint de paludisme dont il se faisait soigner sans succès d'ailleurs. Souffrant de céphalées violentes, le malade présente un sang et un liquide céphalo-rachidien positifs. Il est soumis à la malariathérapie. Chaque accès de malaria s'accompagne de céphalées, de vomissements, de dyspnée, de tachycardie, de cyanose et d'éruption urticarienne intéressant toute la surface cutanée. La quinine coupe les accès, mais à l'heure de l'accès habituel, tout en conservant un bon état général, le malade a encore fait de l'urticaire. Il s'agit donc d'un cas d'anaphylaxie envers un paludisme supporté dans le passé.

III. — Un chinois de 40 ans atteint de syphilis primo-secondaire et mis au traitement par le Bijochinol, présente de l'asthénie, de la céphalée, des douleurs articulaires et une fièvre oscillante, sans aucun trouble viscéral. Au bout de 6 jours de cet état, le malade voit apparaître une éruption polymorphe papuleuse et purpurique siègeant sur tout le corps. L'éruption disparaît sans laisser de traces au bout de 8 jours. Le traitement mixte bismutho-salvarsanique est repris, bien supporté par le malade. L'auteur conclut qu'il s'agissait d'une forme toxique de grippe intercurrente qui a évolué sans phénomènes objectifs et s'est accompagnée des symptômes cutanés les plus variés. Bermann.

Les aortites dans la syphilis, par S. M. Guitmann, H. M. Kœnigsberg et S. M. Minsker, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), nº 8, 1933, pp. 608-613.

L'étude de 684 cas de syphilis, dont 521 chez l'homme et 163 chez la femme conduit les auteurs aux conclusions que voici : l'aortite syphilitique se rencontre en moyenne dans 22,5 o/o des cas ; sa fréquence est

plus grande chez l'homme que chez la femme : 23,8 o/o et 18,6 o/o. C'est à l'âge de 30 à 40 ans que l'aortite spécifique est le plus souvent observée. Chez l'homme, cette affection se rencontre de 10 à 15 ans après l'infection syphilitique. Chez la femme, ce terme est difficile à établir, car il s'agit souvent de syphilis ignorée. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans 34 o/o des cas. La syphilis aortique et nerveuse concomitante se voit aussi dans 34 o/o des cas. Un traitement antérieur suffisant avait été fait chez 22 o/o des malades. BERMANN.

A propos de la diphtérie des organes génitaux chez les fillettes, par S. G. SOLOMONOVITCH et M. E. KHESSINA-LOURIÉ, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), nº 8, 1933, pp. 624-627.

Se basant sur 52 cas personnels de diphtérie des organes génitaux chez des fillettes écolières des petites classes pour la plupart, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : la diphtérie des organes génitaux n'est pas de la rareté qu'ont crue certains observateurs. C'est une affection soit primitive, soit secondaire, les voies d'infection et les moyens de transmission restent les mêmes que dans la diphtérie du nez et du pharynx, ce sont les malades et les porteurs des bacilles ; cliniquement, bactériologiquement et épidémiologiquement la localisation génitale de la diphtérie est identique à celle des voies respiratoires antérieures. C'est une affection grave pouvant entraîner des complications, c'est pourquoi elle nécessite un diagnostic précoce et un traitement énergique par le sérum. Les enfants quittant le service après avoir été atteints de diphtérie naso-pharyngée doivent être soumis à l'examen des sécrétions vaginales qui peuvent contenir le bacille de la diphtérie. En cas d'épidémie, la diphtérie doit être recherchée non seulement dans le nez et le pharynx, mais aussi dans le vagin. Toute vulvo-vaginite d'étiologie inconnue doit être soupçonnée d'être diphtérique et demande les recherches bactérioscopiques et bactériologiques correspondantes.

BERMANN.

La discordance des résultats de la réaction de Bordet-Wassermann avec l'emploi des différents antigènes standartisés, par M. M. GROUCHANSKAÏA, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), nº 8, 1933, pp. 628-631.

L'auteur a pratiqué la réaction de Bordet-Wassermann d'après l'instruction soviétique, mais en se servant parallèlement de 11 antigènes différents provenant des 5 instituts bactériologiques russes les mieux organisés (Moscou (2), Leningrad, Kharkov, Odessa).

Les conclusions basées sur ce travail sont formulées par l'auteur en ces termes : L'unification du sérodiagnostic de la syphilis d'après la méthode de l'instruction soviétique même avec l'usage des antigènes standartisés ne met pas à l'abri des réponses discordantes. Les discordances dépendent en grande partie des antigènes ; elles varient aux divers stades de la syphilis, allant de 6 o/o dans la syphilis secondaire récente et récidivante jusqu'à 55 o/o dans la syphilis latente. Ces discordances dépendent non pas tant du caractère de l'antigène (les antigènes

syphilitiques ne donnent pas de résultats préférables en comparaison avec ceux des organes normaux et complexes) que de propriétés individuelles qui sont le fait des instituts qui les préparent. Les discordances diminuent notablement, si l'on se sert des antigènes du même institut. Le principe de la standartisation doit être appliqué non seulement à la méthode, mais aussi aux ingrédients de la réaction de Bordet-Wassermann, en premier lieu aux antigènes. Ce problème important doit être étudié et mis au point par la Commission Sérologique Centrale. BERMANN.

Observations ultérieures sur l'application de la méthode active (réaction de Tsu) dans la sérologie de la syphilis, par A. WEINSTEIN et A. LÉVINE, *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), n° 8, 1933, pp. 631-635.

Un des auteurs (Weinstein) a déjà publié en 1930 un travail consacré à la réaction du sérologiste chinois Tsu. Le présent mémoire concerne 1.020 cas se répartissant de la façon suivante : chancre dur, 90 cas ; syphilis secondaire récente, 228 cas ; syphilis secondaire récidivante, 110 cas ; syphilis secondaire latente, 48 cas ; syphilis tertiaire active, 33 cas ; syphilis tertiaire latente, 113 cas ; neurosyphilis, 24 cas ; chancre mou, 54 cas ; maladies cutanées, 101 cas ; blennorragie, 33 cas ; tlec pulmonaire, 34 cas ; autres affections, 152.

Se basant sur leurs recherches personnelles, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : La réaction de Tsu est une combinaison réussie de la réaction de Bordet-Wassermann (usage de l'indicateur coloré dont l'appréciation est plus objective que dans les réactions de floculation) et des réactions de floculation (action réciproque du sérum et de l'antigène pendant une minute, emploi de doses faibles). La méthode originale de Tsu possède un gros défaut, l'absence de titrage préalable de l'index hémolytique. La détermination du sérum examiné est indispensable, car l'excès de fonction hémolytique des sérums réagissant faiblement peut aboutir à des résultats erronnés. Le titrage préalable doit se faire sur 0 cm^3 15-0,3-0,6 d'émulsion de globules rouges de mouton à 3 o/o. La pratique de la réaction le jour de la prise de sang ne vaut pas pour un certain nombre de sérums dont l'index hémolytique est égal à 0. La conservation des sérums à la glacière sans caillot sanguin conduit à une forte perte de la fonction hémolytique. La réaction de Tsu s'est montrée plus sensible que celles de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi dans la syphilis primaire, mais elle fournit aussi plus de réponses non spécifiques. Cette réaction mérite attention dans la pratique de la méthode complexe du sérodiagnostic de la syphilis. Etant simple et bon marché, la réaction de Tsu, en association avec une des réactions de floculation, peut avantageusement remplacer la réaction compliquée de Bordet-Wassermann à la campagne ou dans des régions éloignées.

BERMANN.

Deux cas de glossite scléreuse, par L. E. RYJIK et W. E. WOZDURJENSKY. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* (Moscou), n° 8, 1933, pp. 636-637.

La glossite tertiaire se rencontre rarement. Ainsi, sur 160 cas d'accidents tertiaires de la cavité buccale observées au Dispensaire Antivénérien d'Egorievsk (région de Moscou) en 1930-1931, l'auteur n'en a trouvé que les 2 rapportés ci-dessous, ce qui constitue 1,25 o/o.

Le premier cas concerne une paysanne de 55 ans se plaignant d'une éruption à l'avant-bras droit et d'une gêne à la langue. 6 ans auparavant, elle a eu une angine et une éruption sur le tronc. Pas de traitement spécifique. Ses 10 grossesses se sont terminées par 2 morts-nés et 8 accouchements normaux, mais 6 enfants sont décédés en bas-âge ; les enfants vivants sont bien portants. L'avant-bras droit présente une syphilide tuberculeuse tertiaire à disposition serpigineuse et des cicatrices. La langue est augmentée de volume, épaissie, divisée en lobules par des sillons plus ou moins profonds et porte des érosions, surtout sur les bords. Pas d'adénopathie. Myocardite. Bordet-Wassermann et Kahn positifs. Le traitement spécifique (néo + bismuth + iodure) produit une amélioration objective et subjective de la glossite.

Le second cas a trait à un paysan de 47 ans se plaignant depuis une année environ d'une gêne à la langue. Un traitement mixte (néo + bismuth) insuffisant n'a pas amélioré le malade. On constate une cicatrice étalée de la paroi postérieure du pharynx. La langue est grosse, dure, divisée en plusieurs lobes par des sillons profonds et entrecroisés. Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke positifs. Un traitement spécifique mixte (néo + mercure + iodure) n'a pas provoqué d'amélioration de l'état de la langue.

A noter que dans les 2 cas, malgré le volume augmenté de la langue et le manque de plusieurs dents, la parole n'a pas été troublée.

BERMANN.

Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de Russie-Blanche soviétique (Minsk).

Les mycoses du cuir chevelu à Gomel et la lutte contre elles, par W. M. PALTCHIKOFF. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de Russie-Blanche soviétique,* fasc. 1, 1934, pp. 43-47.

Parmi les maladies cutanées observées de 1926 à 1932 à Gomel, on trouve 16 o/o d'affections dues aux champignons. Le chiffre moyen des mycoses du cuir chevelu enregistré par mois est de 70 à 75 ; cette fréquence est donc très élevée. Vu le nombre insuffisant d'appareils à rayons X, l'auteur s'est servi dans 188 cas, d'acétate de thallium à la dose de 7 à 8 milligrammes par kilogramme de poids. Parmi ces malades il y avait 39 cas (20 o/o) d'accidents divers et passagers. Une bonne épilation a été obtenue dans 129 cas (69 o/o). Les récidives ont été observées dans 18 o/o. Selon les années, la fréquence des dermatomycoses va en diminuant progressivement. En comparaison avec la trichophytie, le favus est rare à Gomel ; ainsi, il n'a constitué que 8,6 o/o des cas par rapport à la trichophytie en 1932. L'examen en masse des écoliers n'a

montré que 2 o/o de mycoses du cuir chevelu. L'auteur note que les cultures découvertes sont le trich. cratériforme, le gypseum, le microsporon lanosum, l'achorion de Schœnlein.

L'auteur constate que le meilleur traitement est celui par les rayons X, suivi d'épilation, des lavages de la tête et les badigeonnages à la teinture d'iode et l'onction à la pommade de Wilkinson. Il faudrait organiser des stations spéciales pour isoler les malades durant la chute des cheveux afin de ne pas propager l'infection. Il faudrait augmenter le nombre des tubes à rayons X, avoir un personnel expérimenté dans les soins des mycosiques, renforcer l'instruction sanitaire de la population et les mesures prophylactiques afin de prévenir la dissémination des mycoses sinon les diagnostiquer dès le début. BERMANN.

La syphilis expérimentale, par A. J. PROKOPTCHOUK et KH. M. KAGAN. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de Russie-Blanche soviétique,* fasc. 1, 1934, pp. 48-57.

Après un bref exposé des généralités sur la syphilis expérimentale, les auteurs rapportent les résultats de leurs recherches personnelles faites sur 43 lapins pendant 2 ans 1/2. En tout les auteurs ont fait 12 passages de virus syphilitique. Sur ces 43 lapins, le virus inoculé a fourni un résultat positif dans 33 cas, soit 76 o/o. L'incubation a été de 14 à 67 jours. Les meilleurs résultats ont été obtenus par l'inoculation d'émulsion de spirochètes sous la peau et dans l'épaisseur du testicule. L'inoculation de fragments de tissus recommandée par certains auteurs a donné de moins bons effets. Le chancre disparaît spontanément au bout de 2 à 5 mois. L'orchite spécifique a été observée seulement dans deux cas. Sur 4 lapins parmi 25 inoculés, les auteurs ont observé des accidents secondaires sous forme d'éléments papulo-croûteux contenant des spirochètes. Ces manifestations sont survenues de 2 mois 1/2 à 11 mois après l'infection syphilitique.

Dans un cas les auteurs ont observé des phénomènes de torticolis que certains auteurs considèrent comme une manifestation de syphilis nerveuse. C'était chez un lapin dont le chancre était apparu 42 jours après l'infection. Sept mois et demi après l'infection, il a eut une kératite et 16 mois après l'infection des phénomènes de torticolis et de paralysie des extrémités ; Bordet-Wassermann positif dans le sang. L'étude histopathologique du lapin sacrifié n'a pas montré de lésions spécifiques et il n'y avait pas non plus de spirochètes.

Le fait que le lapin syphilitique avait une encéphalite et une méningite non spécifique a été confirmée par un autre cas de torticolis observé chez un lapin n'ayant pas été infecté de syphilis et indemne de spirochétose spontanée, mais atteint de gale. Auparavant, il avait présenté des phénomènes giratoires. Ce lapin est succombé à de la paralysie. L'autopsie n'a pas montré de modifications spécifiques, mais des lésions analogues à celles constatées chez le premier lapin.

Les auteurs concluent que la question de la spécificité des symptômes

nerveux chez les lapins syphilitiques doit encore être étudiée plus en détail. BERMANN.

Notre méthode de traitement du psoriasis, par A. J. PROKOPTCHOUK et N. J. ENTINE. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de Russie-Blanche soviétique*, fasc. 1, 1934, pp. 58-60.

Les auteurs se sont servis d'une pommade ainsi formulée : ichtyol pur et pommade de Wilkinson à parties égales. Cette formule est riche en huile de cade et en soufre organique et minéral. La pommade était appliquée tous les jours après un bain chaud. Ce traitement a été employé pour soigner 96 malades hospitalisés pour psoriasis aigu ou chronique, limité ou généralisé. Chez 23 malades on a obtenu un blanchiment complet en 23 jours en moyenne. Une forte amélioration a été obtenue chez 38 malades dont la durée moyenne de séjour a été de 24 jours environ.

Si l'on compare ces chiffres moyens aux autres, on constate une différence notable (53 jours à la clinique de Léningrad, 37 jours au psoriosorium de Léningrad). L'inconvénient de la pommade utilisée est son odeur et le salissement du linge. Les malades n'ont jamais eu d'albuminurie, même ceux qui avaient par exception présenté une dermatite passagère et bénigne. BERMANN.

La pâte antimonio-arsénicale dans le traitement du lupus vulgaire, par A. J. PROKOPTCHOUK et E. S. PEVZNER. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de Russie-Blanche soviétique*, 1934, fasc. 1, pp. 61-65.

Depuis 1932 les auteurs emploient pour le traitement local du lupus, la formule suivante : tartrate de potasse et d'antimoine et glucose ââ 5 grammes, acide arsénieux 3 grammes, hydrate de chloral et sulfure rouge de mercure ââ 10 grammes, résorbine 77,0. En somme, c'est la pâte caustique du frère Côme à laquelle on a ajouté du tartre stibié. Comme excipient, on a pris la résorbine, car elle pénètre plus profondément dans la peau. Cette pâte se distingue par la rapidité et la profondeur de son action, son électivité pour les foyers lupiques et les cicatrices lisses et cosmétiques qu'elle procure. Les douleurs et la toxicité sont aussi moindres qu'avec d'autres toniques employés comparativement sur le même malade : pommade à l'acide pyrogallique et « pâte plantagine ». Cette dernière à base d'arsenic également. La durée d'application de la pâte stilbio-arsenicale varie selon la forme du lupus : 3-4 jours dans la forme verruqueuse et hypertrophique, 2-3 jours dans la forme plane et 2 jours dans la forme ulcéreuse. Dans la plupart des cas, une seule application a suffi pour obtenir la destruction et la nécrose des éléments lupiques pathologiques, après quoi on se sert de vaseline boriquée et de compresses au permanganate de potasse. L'épidermisation se fait au bout de 8 jours et donne une belle cicatrice lisse. BERMANN.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

CONGRÈS

NÉCROLOGIES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

C

D

E

F

G

H

I

J

K

M

N

O

P

R

S

T

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES [1]

DU TOME CINQUIÈME — SEPTIÈME SÉRIE

1934

DERMATOLOGIE

A

[1] *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

E

M

P

R

S

U

V

X

Z

SYPHILIS



Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD